



Marisa Aleixo **Relatório de Trabalho de Projeto**

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:
AVALIAÇÃO DO RISCO & MELHORIA DA QUALIDADE
DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação
científica da Professora Mariana Pereira

Outubro de 2015

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, ____ de _____ de ____

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O (A) orientador (a),

Setúbal, ____ de _____ de ____

*“Nós somos ou tornamo-nos nas coisas que fazemos repetidamente.
Portanto, a excelência pode deixar de ser só acontecimento
e transformar-se num hábito.”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, mais ou menos conscientes do seu papel, nos ajudaram neste árduo caminho, pois sem eles tal não teria sido possível. Nomeamos seguidamente algumas destas pessoas, aproveitando para pedir desculpa pelo facto de eventualmente nos podermos esquecer de alguém.

Começamos por agradecer à Professora Mariana Pereira, orientadora dos Estágios e do presente Relatório, pela sua disponibilidade, orientação, estímulo, motivação, paciência e entusiasmo que demonstrou e nos transmitiu durante todas as etapas desta viagem, potencializando o desenvolvimento de competências.

Seguidamente, e não com menor importância, agradecemos à Sra. Enfermeira Orientadora, Enfermeira Especialista MC, pela orientação fornecida ao longo dos Estágios, pela sua disponibilidade, dedicação, motivação e empenho, pois sempre caminhou connosco a par e passo, rumo ao sucesso desta etapa tão importante das nossas vidas.

Agradecer também à equipa docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em especial à Professora Dra. Alice Ruivo, à Professora Dra. Maria de Lurdes Martins e à Professora Dra. Lucília Nunes, enquanto responsáveis pela Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela disponibilidade, orientação, motivação e empenho demonstrados ao longo deste percurso.

Um obrigado especial à Instituição onde realizámos Estágios e desenvolvemos os Projetos, na pessoa da Sra. Enfermeira Diretora, do Sr. Diretor do Serviço, e das Sras. Enfermeiras Chefes, AA e HM, que prontamente nos acolheram e nos proporcionaram momentos de aprendizagem únicos, fundamentais ao nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Às colegas de Estágio, que pelo simples facto de terem feito esta caminhada connosco, ajudaram a torna-la menos fatigante, acompanhando-nos e trabalhando connosco para o atingir dos objetivos do mesmo.

Aos Enfermeiros do Serviço onde decorreram os Estágios, o nosso agradecimento pelo acolhimento, ensinamentos, participação e empenho durante este percurso, principalmente no que se refere ao Projeto de Intervenção em Serviço.

Ao Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas da Instituição onde desenvolvemos o Projeto de Intervenção em Serviço, na pessoa da Sra. Enfermeira Especialista DS e JP, por todo o apoio e disponibilidade demonstrados ao longo desta caminhada.

Um bem haja a todos os outros colegas que generosamente nos ajudaram a tornar esta meta cada vez mais alcançável, orientando-nos no que respeita ao melhor caminho a seguir, motivando e encorajando nos momentos em que as nuvens encobriram o céu.

Aos nossos familiares e amigos, agradecemos encarecidamente a compreensão e todo o apoio fornecido, mesmo nos tantos e tantos momentos de ausência que lhes proporcionámos...

Por fim, agradecer às pessoas/famílias a quem prestámos cuidados, pois são sempre eles o alvo das nossas intervenções, e é para eles e por eles que desenvolvemos continuamente as nossas competências, com vista à excelência do cuidar!

OBRIGADO a TODOS!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Através deste, e com recurso a uma metodologia reflexiva, pretendemos apresentar todo o processo de aprendizagens decorridas ao longo do Curso, que contribuíram para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE), comuns e específicas, e de Mestre, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Aquando do desenvolvimento destas competências, ocorreram simultaneamente o percurso em contexto letivo e os Estágios, sendo os últimos entendidos como oportunidades privilegiadas de formação experiencial, onde para além do exercício clínico, concebemos um Projeto de Intervenção em Serviço, com recurso à Metodologia de Trabalho de Projeto, e um Projeto de Aprendizagem Clínica.

O primeiro projeto teve por objetivo *major* promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num Serviço de Cirurgia Geral, no âmbito da prevenção das Úlceras por Pressão, através da avaliação do risco de desenvolvimento, após confirmarmos a inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de *Braden* (apesar da existência de uma norma de orientação clínica sobre a Prevenção de úlceras por pressão a nível hospitalar).

Quanto ao segundo projeto, mais dirigido ao desenvolvimento das competências específicas do EE, envolveu a realização de várias atividades, tanto na área da Pessoa em Situação Crítica, como da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, por ambas se inscreverem no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, dando-se como exemplo a produção e consequente divulgação de *Posters*, bem como Ações de Sensibilização dirigidas às visitas das pessoas internadas.

A referir ainda a ancoragem do nosso percurso de aprendizagens numa teoria de médio alcance, Teoria do Conforto de Kolcaba, por promover o cuidado centrado na satisfação das necessidades de conforto das pessoas, onde revemos a nossa *praxis*.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências do Enfermeiro Especialista; Metodologia de Trabalho de Projeto; Teoria do Conforto de Kolcaba; Úlceras por Pressão.

ABSTRACT

This report is set within the context of the 3^o Medical-Surgical Nursing Master's Degree, which took place at School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal. Through this, and using a reflexive methodology, we aim to present all the learning process over the course, that led to the development of Specialist Nurse (SN) skills (either common or specific), and Master Nurse skills, in the Medical-Surgical Nursing area.

These skills were simultaneously developed within the school context as well as during the internships. The latter were perceived as privileged opportunities for hands-on experience, where besides the clinical practice, we set up an Intervention Project in Service (IPS) - using the project methodology - and a Clinical Learning Project (CPL).

The major objective of the first project (IPS) was the improvement of nursing quality care to the patients admitted into a General Surgery Service as part of a plan to prevent pressure ulcers. This was aimed through the prediction of pressure score risk, after we confirmed the inexistence of standardized procedures related to Braden Scale's application (besides the existence of a pressure ulcers prevention guideline in the hospital).

The second project (CLP), which scope was the SN specific skills development, integrated many activities such as the ones with the patient in critical situation or with the patient in a chronic or palliative situation. As both of these areas are within the context of Medical-Surgical Nursing, we made posters and promoted awareness sessions to the relatives visiting the hospitalized patients.

Our nursing approach to care and to learning had been based on the middle range theory of Kolcaba's *Theory of Comfort*, since we promote the care focused on people's needs of comfort, in which we base our praxis.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Specialist Nurse Skills; Project Methodology; Kolcaba's Comfort Theory; Pressure Ulcers.

ABREVIATURAS

Dra. - Doutora

Enf^a - Enfermeira

Nº - Número

p. – Página

Sr. - Senhor

Sra.- Senhora

Vol. – Volume

SIGLAS

AO's – Assistentes Operacionais

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CH – Centro Hospitalar

CP – Cuidados Paliativos

DE – Departamento de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-lei

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EEEPSCP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

ESS – Escola Superior de Saúde

FBDE - Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

GPR – Gestão de Processos e Recursos

GPTF – Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
ISBN – International Standard Book Number
ISSN - International Standard Serial Number
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
MTP – Metodologia de Trabalho de Projeto
NEWS – National Early Warning Scores
NOC – Norma de Orientação Clínica
NP 405 – Norma Portuguesa 405
NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel
OE – Ordem dos Enfermeiros
PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica
PEI – Plano de Emergência Interno
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SCG – Serviço de Cirurgia Geral
SGF – Serviço de Gestão da Formação
SWOT – Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos
UPP – Úlcera por Pressão
UT – Unidade Temática
VPN - Virtual Private Network

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Íman identificativo das Pessoas com Alto Risco de desenvolver UPP.....	47
Figura 2 - Quadro com ímanes identificativos das pessoas com Alto Risco UPP	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Equipa de Enfermeiros do SCG	51
Gráfico 2 - Avaliação da Sessão pelos Formandos: Programa da Ação	53
Gráfico 3 - Avaliação da Sessão pelos Formandos: Funcionamento da Ação	53
Gráfico 4 - Avaliação da Sessão pelos Formandos: Intervenção do Formador.....	54
Gráfico 5 - Perspetiva evolutiva dos Parâmetros avaliados nas Consultas aos Processos de Enfermagem (1).....	57
Gráfico 6 - Perspetiva evolutiva dos Parâmetros avaliados nas Consultas aos Processos de Enfermagem (2).....	58

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Validação dos Indicadores de Avaliação dos Objetivos Específicos do PIS	62
---	----

ÍNDICE GERAL

NOTA INTRODUTÓRIA.....	18
1. MOLDURA TEÓRICA	21
1.1. Teoria do Conforto	23
1.2. Úlceras por Pressão	25
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	31
2.1. Contextualização Organizacional.....	31
2.2. Diagnóstico de Situação	33
2.3. Planeamento do Projeto.....	39
2.4. Execução	44
2.5. Avaliação.....	50
2.6. Divulgação dos Resultados	63
2.7. Considerações Éticas.....	64
2.8. Reflexão sobre a Metodologia.....	65
3. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	67
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	68
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica.....	73
3.2.1. Pessoa em Situação Crítica	74
3.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	84
4. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
APÊNDICES	112
Apêndice I – Ficha de Diagnóstico do PIS.....	113
Apêndice II – Registo de Prevalência de UPP no Serviço de Cirurgia Geral (2013-2014)	119
Apêndice III – Grelha de apoio à Consulta dos Registos de Enfermagem.....	121
Apêndice IV – Resultados da Consulta aos Processos de Enfermagem: Etapa Diagnóstica	123
Apêndice V – Análise SWOT	131
Apêndice VI – Ficha de Planeamento do PIS	134

Apêndice VII – Cronograma do PIS	149
Apêndice VIII – Plano de Sessão da Formação	151
Apêndice IX – Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no <i>SClínico</i>	154
Apêndice X – Cartão de Bolso de Apoio aos Registos de Enfermagem no <i>SClínico</i>	156
Apêndice XI – Apresentação da Formação em <i>Power Point</i> ®	158
Apêndice XII – Cartaz de Divulgação das Sessões Formativas	168
Apêndice XIII – Avaliação Sumativa da Formação: Teste e Corrigenda	170
Apêndice XIV – Relatório de Avaliação das Sessões de Formação	173
Apêndice XV – Resultados da Consulta aos Processos de Enfermagem após Formação da Equipa de Enfermagem	190
Apêndice XVI – Artigo de Divulgação do Projeto	203
Apêndice XVII – <i>Poster</i> do Simulacro de Inundação	213
Apêndice XVIII – Resumo do <i>Poster</i> do Simulacro de Inundação.....	215
Apêndice XIX – Planeamento da Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no SCG	218
Apêndice XX – Pedido de Autorização para Captação de Imagens e aplicação de Questionários de Avaliação às visitas	221
Apêndice XXI – Folheto Informativo: “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?”	223
Apêndice XXII – Questionário para Avaliação da Ação de Sensibilização às Visitas	226
Apêndice XXIII – Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas.....	228
Apêndice XXIV – <i>Poster</i> sobre Hipodermoclise	248
Apêndice XXV – Resumo do <i>Poster</i> sobre Hipodermoclise	250
ANEXOS	254
Anexo I – Escala de <i>Braden</i>	255
Anexo II – Autorização para Realização do Projeto, Direção de Enfermagem	257
Anexo III – Ficha para Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando.....	259
Anexo IV – Minuta do Pedido de Autorização para Captação de Imagens	262
Anexo V – Folheto fornecido pela CCI.....	264

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), que visa “(...) *dotar licenciados em Enfermagem de competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica*” (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, 2014, p. 3). A escolha desta área adveio essencialmente do facto de desenvolvermos a nossa *praxis* num Serviço de Cirurgia Geral (SCG), há cerca de 7 anos, e porque os Enfermeiros Especialistas (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) podem intervir nos mais diversos contextos, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, secundários ou terciários.

Seguindo o pensamento de APÓSTOLO, e “*para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer que a mesma seja objecto de reflexão e pesquisa*” (2001, p. 19). Posto isto, através deste trabalho, e com recurso a uma metodologia reflexiva, pretendemos apresentar, para além do Estágio III, inserido na Unidade Curricular (UC) de EMC II, todo o processo de aprendizagem ao longo do Curso (percurso teórico e Estágios), que contribuíram para a aquisição de competências de EE, comuns e específicas, e de Mestre, na área da EMC, condição *sine qua non* para a avaliação das referidas aprendizagens e consequentemente para a obtenção do grau de Mestre, segundo as normas do Regulamento do Curso de MEMC da ESS e o Regime Jurídico do Ensino Superior.

Através desta reflexão o mestrando consciencializa-se dos diferentes momentos de aprendizagem, aspetos da sua atividade cognitiva e o conjunto de ações autodirigidas e realizadas para o processo de aprendizagem enquanto especialista e mestre, sendo então uma autoavaliação de todo o percurso, confrontando o que foi realizado face ao resultado esperado. Relembremos a importância fulcral do percurso teórico, onde as várias UC's contribuíram decisivamente para os saberes *práticos* em contexto de Estágio, incidindo maioritariamente sobre estas últimas o foco do presente documento.

Os Estágios decorreram no Centro Hospitalar (CH) de X – Hospital de Y, concretamente no SCG, sob orientação da Sra. Enfermeira (Enf^a) MC, Especialista em EMC, e sob supervisão da Sra. Professora Mariana Pereira, docente da ESS/IPS, também Especialista nesta área, sendo entendidos como oportunidades privilegiadas de formação experiencial, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas (comuns e específicas) e de Mestre em EMC.

Para além do exercício clínico, concebemos conforme preconizado um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), com recurso à Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP), e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). Cronologicamente, os Estágios I e II decorreram entre 10 de março e 10 de julho de 2014, e o III entre 29 de setembro de 2014 e 29 de janeiro de 2015.

Evidenciada a necessidade de aplicarmos a MTP, importou primeiramente conhecê-la. Assim, e de acordo com NUNES e colaboradores (2010), esta baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado, e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. É uma metodologia promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, dividida em várias etapas, respetivamente: Diagnóstico de Situação, Definição dos Objetivos, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação dos resultados. Conforme referido por LEITE, MALPIQUE e SANTOS, não existe uma separação entre o saber e o saber fazer, mas antes “(...) *um movimento onde a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática*” (2001, p. 77).

Após reflexão sobre as áreas passíveis de intervenção, surgiu um Projeto inserido no âmbito das feridas, mais concretamente na prevenção de Úlceras por Pressão (UPP), através da avaliação do risco de desenvolvimento, dada a inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de *Braden*, apesar da existência de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) sobre a Prevenção de UPP a nível hospitalar. Foi intitulado *Prevenção de Úlceras por Pressão: Avaliação do Risco & Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, e tivemos por objetivo *major* promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas num SCG, isto porque a prevenção das UPP é considerada um Direito Universal desde 2011, na DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO, e porque a sua existência é considerada um evento adverso, evitável na sua grande maioria, pressupondo grande ameaça para a segurança das pessoas.

No decorrer dos Estágios várias foram as oportunidades de desenvolvimento de competências do EE e do Mestre, apresentando-se aqui uma reflexão sobre as mesmas. A referir que, e como o contexto assim o permitiu, para além de desenvolvermos as Competências Específicas do EE em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), alargamos também horizontes no que respeita ao desenvolvimento das Competências Específicas na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (EEEPSCP).

Atendendo agora ao facto do desenvolvimento das várias teorias de enfermagem terem contribuído para a valorização e crescimento da enfermagem enquanto disciplina e

mesmo como profissão, ancorámos o nosso percurso de aprendizagens numa teoria de médio alcance, a Teoria do Conforto de Kolcaba, por promover o cuidado centrado na satisfação das necessidades de conforto das pessoas, onde revemos a nossa *praxis*.

Pelo exposto anteriormente, com a realização deste relatório temos como objetivo geral: Refletir sobre o processo de aprendizagem decorrido ao longo do Curso de MEMC. Sendo este um objetivo muito amplo, definimos os seguintes objetivos específicos: fundamentar teoricamente o relatório, do ponto de vista da Enfermagem e do Projeto em si; apresentar o PIS, nas suas diversas etapas, refletindo sobre a utilização da MTP; refletir sobre o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE); refletir sobre o desenvolvimento das Competências Específicas do EE em EMC, em articulação com o PAC; refletir sobre o desenvolvimento das Competências de Mestre.

Por forma a responder aos objetivos supramencionados, o presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro diz respeito a uma moldura teórica, onde abordamos o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina, a Teoria do Conforto de Kolcaba, e as UPP. No segundo capítulo apresentamos o PIS e respetivas etapas, refletindo sobre a metodologia em si e as considerações éticas inerentes. O terceiro capítulo é subordinado a uma análise crítica sobre o desenvolvimento de Competências do EE, onde são incluídas as CCEE e as Específicas do EE em EMC, em ligação ao PAC, onde desenvolvemos as Competências Específicas do EEEPSC e do EEEPSCP. O quarto capítulo é alusivo às competências do Mestre em EMC, e, por último, o quinto corresponde às considerações finais, onde apresentamos uma síntese do trabalho desenvolvido e do percurso efetuado ao longo do Curso, a análise dos objetivos anteriormente formulados, os aspetos facilitadores e as limitações ao desenvolvimento de todo o trabalho, bem como caminhos futuros. Integrámos ainda no final Apêndices e Anexos, considerados importantes e enriquecedores deste documento, enquanto ilustrações mais detalhadas do trabalho realizado.

Respeitámos, durante a redação do mesmo, as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos, assim como as Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica, do Departamento de Enfermagem (DE) da ESS, razão pela qual codificámos ou omitimos os dados identificativos das pessoas e instituições envolvidas, para garantir o anonimato das fontes. Importa ainda mencionarmos o recurso à Norma Portuguesa 405 (NP 405) no que concerne à referência bibliográfica e o uso do Acordo Ortográfico atualmente em vigor.

1. MOLDURA TEÓRICA

A pesquisa efetuada e agora apresentada serve de suporte ao trabalho desenvolvido, ancorada nos aportes teóricos lecionados no Curso, principalmente a nível da UC EMC I, concretamente na Unidade Temática (UT) do Enquadramento conceptual de EMC, onde adquirimos um maior conhecimento sobre as Teorias de Enfermagem. Previamente a esta, também a UC de Enfermagem facilitou a compreensão da importância da aprendizagem ao longo da vida, com recurso à Andragogia.

Inicialmente apresentamos uma breve abordagem à Enfermagem enquanto disciplina, passando posteriormente para a Teoria do Conforto, à qual nos filiámos para fundamentar o nosso processo de aprendizagens. Por fim, abarcamos ainda as UPP, por ser a área de intervenção do nosso PIS, que apresentaremos no capítulo seguinte.

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, integrando um corpo de conhecimentos próprios e fundamentados, necessita de produção e de renovação contínuas, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação.

De acordo com SMITH (2008), o conhecimento em Enfermagem é o inclusivo total de filosofias, teorias, investigação e sabedoria prática da disciplina e configura-se inicialmente no metaparadigma, como sendo o nível mais abstrato do conhecimento.

Os conceitos metaparadigmáticos, que clarificam a disciplina e que marcam as concepções de enfermagem, independentemente do seu paradigma explicativo, são: Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem (KÉROUAC *et al.*, 1994), encontrando-se definidos em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Segundo SMITH (2008), o crescimento da disciplina de Enfermagem encontra-se dependente da sistemática e contínua aplicação do conhecimento na prática e desenvolvimento de novos conhecimentos.

Assim, a teoria de enfermagem assume-se como o corpo de conhecimentos que sustenta a prática dos cuidados em enfermagem, variando pelo seu nível de abstração e esfera de ação. Quanto mais abstrata e abrangente esta for, estamos perante uma Grande Teoria. Por oposição, quanto mais concreta e restrita for, trata-se de uma teoria de médio alcance (FAWCETT, 2005).

De acordo com a OE (2001), os cuidados de enfermagem alicerçam-se na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, sendo sempre esta o alvo dos cuidados. Por considerarmos que o Enfermeiro, na sua prestação de cuidados, tem

sempre por base o conforto da pessoa, em todas as suas intervenções, a escolha do referencial teórico teve por base o conforto, termo frequentemente empregue pelos Enfermeiros, nos diferentes contextos da sua prática, como refere APÓSTOLO (2009).

O termo conforto deriva do latim *confortare*, que significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar. Assim, ao seu significado está implícito consolo, bem-estar, comodidade, alívio (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA, 2001).

Sendo então o conforto identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem, a partir da segunda metade do século XX surge como conceito relevante em várias teorias de enfermagem, com diferentes perspetivas, encontrando maior expressão nas teorias de Leininger, Watson, Morse e Kolcaba, sendo as duas últimas as que mais se destacaram, pela profundidade do seu trabalho (APÓSTOLO, 2009).

Após pesquisa e reflexão, optámos pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, por ser uma teoria de médio alcance, simples, que regressa aos cuidados básicos de enfermagem e à sua missão tradicional, centrando a prática na satisfação das necessidades de conforto das pessoas, com elevados padrões de eficiência, de forma individualizada e holística (DOWD, 2004). Kolcaba considerou que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar, sendo o conforto o resultado dessa intervenção, pelo que, estudar o processo do conforto implica conceptualização e operacionalização (APÓSTOLO, 2009).

Pelo descrito anteriormente, seleccionámo-la como referencial teórico por ter uma visão holística do cuidar em enfermagem, propiciando uma prática centrada nas necessidades das pessoas, mas também por ser uma teoria recente e inovadora, que permite mensurar as medidas de conforto proporcionadas à pessoa, possibilitando ainda a realização de trabalhos de investigação.

Nesta linha de pensamento, e porque a área de intervenção do PIS que apresentaremos no capítulo seguinte se relaciona com as UPP, a Teoria do Conforto pareceu-nos ser também a mais adequada, uma vez que esta se coaduna com o objetivo primordial do Projeto – Promover a melhoria dos cuidados prestados, na área das UPP, o que certamente se traduzirá em medidas de conforto. Os cuidados prestados deverão considerar uma abordagem holística, segundo as necessidades de cada pessoa, de forma a proporcionar conforto e minimizar o seu sofrimento.

Passamos então a abordar a teoria em análise, no subcapítulo que se segue.

1.1. Teoria do Conforto

A presente teoria encontra-se sustentada na forte fundamentação lógica que realça a importância da profissão de Enfermagem, dado que o conceito do conforto sempre esteve presente nos cuidados de enfermagem, estando associado ao bom desempenho do profissional (DOWD, 2004).

De acordo com Kolcaba, o conforto é definido como um estado resultante das intervenções de enfermagem, onde a pessoa que é alvo dos cuidados vê satisfeitas as necessidades básicas, relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência, de uma forma holística, nos vários contextos onde está inserida - físico, psicoespiritual, social e ambiental (KOLCABA, 1991; 1994; 1999, 2003).

Ao desenvolver e testar esta teoria, Kolcaba investigou quatro grandes princípios, relacionados com a natureza do conforto holístico: (1) o conforto é geralmente próprio de uma condição, ou seja, a situação específica em que a pessoa se encontra; (2) o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, variando, num mesmo doente, com o decorrer do mesmo; (3) qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo; e, (4) o conforto total é maior do que a soma das suas partes (KOLCABA, 2000).

Voltando à definição de conforto, importa clarificarmos melhor os tipos de conforto em que a teoria se centra. Assim, o alívio é entendido como o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu habitual funcionamento. Por sua vez, a tranquilidade refere-se ao estado de calma ou de satisfação, necessário para um eficiente desempenho. No que concerne à transcendência, esta é referida como o estado no qual cada pessoa se sente competente ou com potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas / sofrimento (KOLCABA, 2003; APÓSTOLO, 2009). Os três tipos de conforto foram sintetizados a partir de Orlando, Henderson e Paterson e Zderad, respetivamente (DOWD, 2004).

Segundo esta última autora, Kolcaba ao investigar a literatura sobre o holismo extraiu quatro contextos nos quais o conforto é experimentado, sendo eles: físico, pertencente às sensações do corpo sentidas pela pessoa; psicoespiritual, pertencente à consciencialização interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida, e a relação com a ordem ou um ser mais elevado; ambiental, pertencente ao meio, às condições e influências externas; e, social, pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

Sendo o metaparadigma o nível mais abstrato do conhecimento, KOLCABA (2003), com base na sua teoria, define-os da seguinte forma: a Enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação. Esta apreciação e reapreciação poderá ser de carácter intuitivo e/ou subjetivo, quando um Enfermeiro questiona a pessoa sobre o seu estado de conforto, ou, por sua vez, assumir um carácter objetivo, quando por exemplo se observa a cicatrização das feridas. O doente é definido como aquele que necessita de cuidados de saúde, podendo ser o próprio indivíduo, família, instituições ou comunidades. Por ambiente, entende-se qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelo Enfermeiro ou pessoa significativa, para melhorar o conforto. Por fim, a saúde é entendida como a excelência do bem-estar da pessoa, conforme definido pelo próprio ou grupo, família ou comunidade.

Após a definição destes conceitos, impera a apresentação dos pressupostos da teoria, respetivamente: (1) os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos; (2) o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem; (3) os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam; (4) o conforto melhorado dá ânimo às pessoas para procurarem um comportamento de procura de saúde, à sua escolha; (5) as pessoas a quem são concedidos poderes para assumirem ativamente um comportamento de procura de saúde sentem-se mais satisfeitos com os seus cuidados de saúde; (6) a integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para a pessoa necessitada de cuidados de saúde (KOLCABA, 1994; 2003).

Como referimos anteriormente, esta teoria reveste-se de grande importância para a investigação em enfermagem, pois ao avaliar o conforto como resultado sensível aos cuidados de enfermagem, permite demonstrar a eficácia dos mesmos.

A partir da estrutura taxonómica da sua tese, Kolcaba desenvolveu um instrumento de avaliação para medir o conforto, com doze subescalas, o *General Comfort Questionnaire*. Com a sua aplicação, será possível avaliar a efetividade de uma intervenção, avaliando o grau de conforto obtido pela pessoa, consoante as suas necessidades, previamente identificadas, forem sendo satisfeitas (DOWD, 2004).

A estrutura taxonómica de conforto fornece um mapa do domínio do conteúdo do conforto, que possibilita a outros investigadores a sua utilização, aquando da elaboração dos seus próprios instrumentos de conforto (*Idem*).

Em suma, esta teoria permite descrever uma prática centrada na pessoa e evidencia que o recurso às medidas de conforto é extremamente importante para garantir a sua satisfação, fazendo progredir o domínio de conhecimentos da disciplina de enfermagem (*Idem*).

Terminada a abordagem à Teoria do Conforto, e porque o PIS se relaciona com as UPP, por forma a enquadrá-lo teoricamente importa agora uma breve revisão desta temática, em estreita ligação com a área de intervenção do Projeto, tendo-se a perfeita noção de que a mesma poderia ser alvo de maior desenvolvimento, considerando toda a sua envolvência, para além da avaliação do risco de desenvolvimento.

1.2. Úlceras por Pressão

O tratamento de feridas desde há muito é uma atividade de relevância nos cuidados de saúde, não podendo delas excluir-se as UPP. Nos últimos anos verificou-se um exponencial aumento do conhecimento científico ao nível do tratamento de feridas e viabilidade tecidual, porém, o mesmo nem sempre é integrado de imediato nos programas de formação dos profissionais de saúde, nem tão pouco na *praxis* diária dos profissionais envolvidos nesta área dos cuidados (CABETE, 2006; PINI e ALVES, 2012). A qualidade na prestação de cuidados depende de inúmeros fatores, onde se inclui uma equipa multiprofissional preparada, em que a aquisição de conhecimentos é fundamental e deve ocorrer de forma contínua, progressiva e para toda a equipa, por forma a sustentar a *praxis* nas melhores evidências científicas (ALVES *et al*, 2012).

Enquanto objeto de estudo, inscrevem-se na área da Gestão do Risco Clínico, sobretudo no que toca à sua prevenção. São uma realidade incontestável, tratando-se de uma área com crescente importância face às alterações demográficas e ao expectável aumento da população idosa, que sugerem a previsibilidade do aumento do número de pessoas com feridas crónicas (INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ICS, 2011). A sua existência é considerada um evento adverso, evitável na sua grande maioria, pressupondo grande ameaça para a segurança das pessoas, sendo consagrada a prevenção de UPP como um direito universal, na DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO (2011).

As UPP são então definidas como uma “(...) *lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção*”, pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e pela National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), em 2009 (p.9).

Segundo as recomendações dos organismos anteriormente referenciados, reconhecidos internacionalmente, mediante a profundidade da lesão e extensão dos tecidos atingidos, as UPP estão subdivididas em quatro categorias, sendo a categoria I a mais superficial e de menor gravidade, em oposição à categoria IV, com maior profundidade e gravidade.

As suas causas são variadas, compreendendo fatores de natureza intrínseca e extrínseca. Nos primeiros incluem-se a idade, insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa, limitação da mobilidade, diabetes, desnutrição / desidratação, vasoconstricção periférica e alterações endoteliais, assim como a condição física. Relativamente aos fatores extrínsecos, temos: pressão, fricção, forças de deslizamento, superfícies de apoio, humidade e medicação (MORISON, 2004; FERREIRA *et al.*, 2007).

Constituem-se como um problema de saúde recorrente, sendo consideradas um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, e a sua ausência um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (FERREIRA *et al.*, 2007; DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS, 2011; ALVES *et al.*, 2013 citando PANCORBO-HIDALGO *et al.*, 2006 e ELLIOTT, 2010). São responsáveis por repercussões socioeconómicas e pessoais importantes, sendo muitos destes gastos incalculáveis, nomeadamente a nível do impacto na qualidade de vida das pessoas e seus cuidadores, podendo mesmo levar à morte (MORISON, 2004; CABETE, 2006; DGS, 2011). Não obstante, são ainda um problema subvalorizado, assim como os custos a ele associados (FERREIRA *et al.*, 2007).

No estudo de ALVES *et al.* (2013), em que foi efetuada uma revisão da literatura sobre a epidemiologia das UPP, verificou-se que os dados relativos às taxas de prevalência na Europa variam entre 3 e 28%, sendo esta medida entendida como o número de casos existentes numa população definida, num ponto específico do tempo, segundo BEAGLEHOLE, BONITA e KJELLSTROM (2003). Estas taxas revelam utilidade para a avaliação das necessidades em cuidados de saúde e para o planeamento dos serviços de saúde (*Idem*). Em Portugal, o Instituto da Qualidade em Saúde (2004 citado por ALVES *et al.*, 2013), apontava uma prevalência entre 7 e 25% nas instituições hospitalares, permitindo o estabelecimento de valores de incidência entre 2 e 13%, correspondendo esta última taxa ao número de novos casos que surgem num determinado período de tempo, numa população definida (BEAGLEHOLE, BONITA e KJELLSTROM, 2003).

Em 2007, FERREIRA *et al.* realizaram o primeiro estudo nacional de prevalência, registando-se uma taxa de 31,3% na validação nacional da Escala de *Braden*. Posteriormente, após implementação da referida escala, verificaram um decréscimo para

19,3%. PINI e ALVES, em 2012, num estudo realizado em unidades de cuidados de longa duração de Portugal continental, defrontaram-se com uma prevalência de UPP de 23%.

Assim sendo, e como grave problema de saúde que são, a sua prevenção e tratamento constituem um desafio para os profissionais de saúde (ICS, 2011), sendo que a prevenção melhora a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, reduzindo o sofrimento e os custos, quando comparados com o seu tratamento (GOUVEIA e MIGUÉNS, 2009), motivos pelos quais as medidas preventivas devem ser instituídas desde a admissão da pessoa na instituição de saúde ou no próprio domicílio, como referem PINI e ALVES (2012). Para tal, e como mencionado na DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO (2011), deve ser assegurado o acesso universal e equitativo de todas as pessoas a recursos materiais e humanos de qualidade, necessários para a prevenção e tratamento destas lesões.

Através da identificação precoce do grau de risco, estima-se que cerca de 95% das UPP seriam evitáveis (EPUAP e NPUAP, 2009, citado pela DGS, 2011), e como tal, o conhecimento da etiologia e dos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento são fundamentais para o sucesso das estratégias de prevenção (MORISON, 2004; EPUAP e NPUAP, 2009).

Sendo então a maioria das UPP evitáveis, a definição de estratégias de prevenção eficazes passa hoje em dia pela consciencialização, por parte de todos os profissionais de saúde, de que as UPP constituem um problema multidimensional e, como tal, requerem uma abordagem multidisciplinar. Porém, até há pouco tempo era encarado como um problema da exclusiva responsabilidade dos Enfermeiros (FERREIRA *et al.*, 2007).

Sabemos que estes profissionais – Enfermeiros – têm também um papel preponderante nesta área, pois são eles quem presta cuidados em primeira linha, atuando ao nível da prevenção de complicações para a saúde das pessoas, na procura permanente da excelência do exercício profissional (OE, 2001), no entanto, se a prevenção de UPP é estabelecida como uma meta, o sucesso das ações dependerá não só da equipa multidisciplinar como ainda das instituições de Saúde, como afirmam PINI e ALVES (2012), através da oferta das condições necessárias à realização das atividades de prevenção, garantindo um ambiente seguro, apoiando e valorizando as iniciativas apresentadas, promovendo a formação contínua dos profissionais e mantendo os rácios profissionais necessários. Em suma, será através de uma cultura organizacional com enfoque na prevenção das UPP, com a colaboração e empenho de todos os atores envolvidos, que se conseguirão diminuir as taxas de prevalência das UPP (*Idem*).

Entende-se então que a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP é fundamental no planeamento e posterior implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (JORGE e DANTAS, 2003; DGS, 2011; PINI e ALVES, 2012).

As escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de UPP, embora limitadas, demonstram ser um importante complemento da avaliação clínica e, em conjunto com esta, podem facilitar a identificação da população em risco, e assim contribuir para a definição de estratégias para diminuir a incidência de UPP, através do estabelecimento de prioridades e intervenções preventivas mais eficazes (FURTADO, 2003; PINI e ALVES, 2012). São recomendadas pela maioria das políticas de prevenção, sendo a sua utilização referida como o primeiro passo para um programa abrangente de gestão de UPP, permitindo a escolha de equipamento de prevenção baseado no risco, disponibilidade do equipamento e preferência da pessoa (GOUVEIA e MIGUÉNS, 2009).

Tornam-se numa ferramenta fácil e prática de usar, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas com probabilidade de desenvolverem UPP. São um valioso instrumento de trabalho, possibilitando, através da colheita de dados e respetiva interpretação, implementar intervenções mais adequadas, assentes em estudos realizados, baseados em evidência. Conduzem ainda a uma avaliação ponderada e mensurável, que permite a uniformização da avaliação entre a equipa multidisciplinar (FURTADO *et al.*, 2008).

Contudo, importa mencionar que a sua utilização, por si só, sem recurso a um protocolo ativo de prevenção, que possibilite a promoção de cuidados, visando a prevenção, apresenta um impacto reduzido na diminuição da incidência de UPP, pelo que, e de forma concomitante, os profissionais devem ser detentores de conhecimentos, competências, tempo e recursos materiais que possibilitem uma adequada atuação (*Idem*).

Em Portugal, a Escala de *Braden* é atualmente a recomendada pela DGS (2011) para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, validada a nível nacional em 2001 pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas - GAIF (FERREIRA *et al.*, 2007) e recomendada pela EPUAP, pela sua fiabilidade, validade, aceitabilidade, segurança e simplicidade, a baixos custos (EPUAP e NPUAP, 2009). Ao longo dos anos tem vindo a ser objeto de várias validações acerca da sua preditividade, sendo a sua utilização considerada eficaz na identificação de pessoas em risco de desenvolver UPP, orientando as práticas preventivas consoante o grau de risco, conforme descrito no estudo realizado por

LIMA e SILVA *et al* (2010), e considerando um cuidado humanizado, dirigido às reais necessidades da pessoa.

Esta escala (Anexo I) foi elaborada em 1987, por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, e é composta por seis dimensões, respetivamente: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas estas dimensões contribuem para o desenvolvimento de UPP, pelo que nenhuma deve ser avaliada de forma preferencial, em detrimento de outra. Devem antes ser avaliadas todas individualmente, com o intuito de poderem ser implementadas medidas preventivas para cada uma delas (BERGSTROM *et al*, 1987; FERREIRA *et al*, 2007; DUQUE *et al*, 2009).

As subescalas supramencionadas estão ponderadas de 1 a 4, com exceção da última, com uma ponderação de 1 a 3, sendo cada uma delas operacionalizada por critérios predefinidos. No final da avaliação, a pontuação poderá variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), significando isto que, quanto maior a pontuação, menor o risco de UPP, e vice-versa. Assim, todas as pessoas que apresentem uma pontuação total igual ou inferior a 16, são consideradas de alto risco (*Idem*). Porém, mesmos àquelas que apresentem *Scores* superiores a 16, deverão ser direcionados cuidados mediante a deteção de alterações nas subescalas, para uma prevenção mais eficaz (ZAMBONATO, ASSIS e BEGHETTO, 2013).

Para o estabelecimento de um protocolo de serviço, a escala deverá ter uma aplicação sistemática, aplicada inicialmente aquando da admissão, e sempre que se verifiquem grandes alterações do estado geral do indivíduo. Nos serviços de urgência e cuidados intensivos é aconselhada uma avaliação a cada 24 horas, e nos outros serviços de 48 em 48 horas (FERREIRA *et al.*, 2007; DUQUE *et al*, 2009). A DGS (2011) corrobora estas indicações, e reforça que a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP deve ser efetuada a todas as pessoas, logo nas primeiras 6 horas após a admissão, em todos os contextos assistenciais, para uma estratificação do risco da pessoa adulta – Alto e Baixo. Para pessoas com idades compreendida entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade, deverá ser aplicada a Escala de *Braden Q*, versão Pediátrica.

Conjuntamente com a Escala de *Braden*, deverá ser efetuada uma avaliação e registo do estado da pele, com recurso a um instrumento devidamente validado (FERREIRA *et al.*, 2007; DUQUE *et al*, 2009; EPUAP e NPUAP, 2009; DGS, 2011).

Importa referir novamente que os estudos realizados evidenciam algumas limitações associadas às escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, porém,

esta mesma evidência defende a importância dos estabelecimentos de saúde definirem uma política de avaliação do risco, com implementação de uma escala. Na sequência desta política, é atribuído um papel essencial à formação dos profissionais de saúde, e à documentação de todas as avaliações realizadas, para um efetivo acompanhamento da evolução da pessoa e dos cuidados prestados, baseados na evidência (FERREIRA *et al.*, 2007; EPUAP e NPUAP, 2009).

Foram então emanadas pela EPUAP e NPUAP, em 2009, um conjunto de orientações relativas à Prevenção das UPP, norteadoras dos cuidados, com base em evidência, relativamente à avaliação do risco, avaliação da pele, nutrição, posicionamentos e superfícies de apoio.

Após este breve enquadramento teórico, passamos à abordagem do PIS no capítulo seguinte, intitulado *Prevenção de Úlceras por Pressão: Avaliação do Risco & Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No presente capítulo apresentamos o PIS, desenvolvido sob a MTP, no âmbito dos Estágios da UC de EMC I e II, do 3º MEMC, que decorreram no SCG do CHX.

Importa referirmos que, e de acordo com NUNES *et al.* (2010), esta metodologia assume um caráter reflexivo, baseada e sustentada numa investigação centrada num problema real identificado no contexto de Estágio, e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, sendo promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, constituindo-se como uma ponte entre a teoria e a prática, em que o investigador interfere no próprio campo da investigação, estando diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção, aproximando-se deste modo da investigação-ação. No que respeita à estrutura, é composta por cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação, e, Divulgação.

Para podermos aplicar esta metodologia, foi inevitável a necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a mesma, pelo que os aportes teóricos lecionados na UC de Investigação facilitaram bastante o processo, assim como a UC de Gestão de Processos e Recursos (GPR).

Assim, e segundo as etapas definidas na MTP, no Estágio I e II identificámos uma problemática clínica de EMC – as UPP, definimos objetivos e planeámos a intervenção a realizar, após breve contextualização organizacional do SCG. Posteriormente, no Estágio III desenvolvemos as restantes etapas da metodologia – execução, avaliação e divulgação, conforme apresentaremos no presente capítulo, finalizando-se com um subcapítulo sobre as considerações éticas e uma reflexão sobre a MTP.

2.1. Contextualização Organizacional

Situado no centro da Cidade, o CH de X é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) resultante da fusão de dois Hospitais da margem Sul, um deles essencialmente direcionado para cuidados de uma determinada especialidade (Hospital Z), e o outro para cuidados gerais (Hospital Y). Abrange, na sua área de influência, o distrito onde se insere quase na totalidade, sendo que em determinadas especialidades inclui ainda outros concelhos. Assume como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos, no âmbito das responsabilidades e capacidades das suas valências, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade das pessoas, estimulando simultaneamente o

desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, atendendo à qualidade, eficiência e eficácia organizativa.

Abordando especificamente o Hospital Y, de entre os vários serviços e unidades de que dispõe, encontra-se o SCG, no qual desenvolvemos o PIS, e que tem por missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade, na área de especialidade de Cirurgia Geral, a todas as pessoas da área de influência do CH, no melhor tempo útil.

Encontra-se fisicamente separado por duas alas, Cirurgia I e II, onde são preferencialmente admitidos homens e mulheres, respetivamente. Possuem organização semelhante, estrutural e funcionalmente, e uma lotação total de 56 camas de internamento (metade em cada ala), estando 8 destas alocadas à Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC – 4 por ala). Estas unidades recebem pessoas cuja situação seja mais crítica, exigindo uma maior vigilância, monitorização cardiorrespiratória e/ou cuidados de enfermagem mais diferenciados, quer do foro cirúrgico geral, como das especialidades cirúrgicas, onde se incluem ainda as transferências da Unidade Cuidados Intensivos (UCI).

O SCG habitualmente apresenta elevada taxa de ocupação (75,7% em 2014), com pessoas com uma faixa etária elevada (em 2014 60,4% das pessoas internadas tinha mais de 60 anos), o que está diretamente associado a elevados níveis de dependência, e consequente sobrecarga de trabalho, devido à atual escassez de recursos humanos, como explicitaremos posteriormente. Provêm essencialmente de internamentos eletivos, mas também em grande número do Serviço de Urgência e do Bloco Operatório.

As camas onde são recebidas, apesar de articuladas, são mormente manuais, existindo somente 6 elétricas. A nível de equipamento para prevenção de UPP o SCG tem disponíveis colchões, que por vezes se revelam em número insuficiente e na sua maioria não reúnem os requisitos preconizados pelas novas *guidelines*. Para além disto, dispõe das tradicionais almofadas, também frequentemente em número insuficiente.

Relativamente aos recursos humanos da equipa de Enfermagem, o SCG é constituído por 48 elementos, dos quais presentemente apenas 42 se encontram ativos, estando os restantes 6 com ausências prolongadas (Licenças de Maternidade, Amamentação; Acidentes em Serviço, entre outros), não tendo sido alvo de substituição. A equipa de Assistentes Operacionais (AO's) encontra-se em condições semelhantes, o que no seu todo provoca uma grande sobrecarga de trabalho e dotações inseguras.

Cada Enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a um determinado número de pessoas, consoante os recursos disponíveis em cada turno, havendo

constrangimentos por não ser ainda considerado o grau de dependência destas aquando da distribuição pela equipa. Os mínimos estabelecidos são 3 Enfermeiros e 1 AO por turno, ficando 1 dos primeiros alocado na UCIC. Habitualmente estão escalados 5 Enfermeiros no turno da manhã, e 3 no turno da tarde e noite. Ao fim de semana e feriados, no turno da manhã estão, em regra, 4 Enfermeiros.

Após esta breve contextualização organizacional, mais concretamente do SCG, passamos então à etapa diagnóstica do PIS, onde incluímos a definição dos objetivos.

2.2. Diagnóstico de Situação

Segundo NUNES e colaboradores (2010), sendo o diagnóstico de situação a primeira etapa da MTP, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, respondendo a uma necessidade de saúde da população. Pressupõe-se que seja efetuada a identificação do problema, utilizando instrumentos de colheita e análise de informação, selecionados de acordo com o contexto.

Importa referir que esta etapa, não sendo um processo estanque, sofreu pontuais alterações, decorrentes de alterações da realidade, dificuldades e/ou constrangimentos que foram surgindo, assumindo-se então como um processo dinâmico, como descrito pelos autores supramencionados.

Apresentamos em seguida as análises efetuadas durante o período diagnóstico, a identificação do problema, refletindo sobre as necessidades que identificámos no contexto, bem como a sua análise, com recurso às ferramentas que nos permitiram fundamentar o diagnóstico. Expomos os problemas parcelares que compõem o problema geral, delineamos prioridades de atuação e definimos os objetivos, geral e específicos.

Como documento auxiliar recorreremos à “Ficha-Tipo” disponibilizada pela ESS, cujo preenchimento foi proposto ao longo desta etapa inicial da MTP, e se apresenta em Apêndice (Apêndice I). Clarificamos o facto da mesma apresentar inicialmente apêndices, que foram retirados e mencionados agora separadamente, conforme for sendo oportuno, por constituírem parte integrante deste trabalho.

Identificar um problema passível de intervenção, pertinente e exequível no SCG, e considerando o prévio conhecimento do seu funcionamento, por formarmos parte integrante da sua equipa de enfermagem, para além da atual presença enquanto estudantes, pareceu-nos tarefa fácil *à priori*, porém, tal não se verificou, pois deparámo-nos com muitas áreas suscetíveis de intervenção. O gosto pessoal pela área das feridas influenciou

inicialmente a escolha, assim como o facto de algumas delas serem passíveis de prevenção, como as UPP. Posteriormente, o passo seguinte foi a deteção de inconformidades na avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da Escala de *Braden*, e respetivo registo, apesar da existência de uma NOC, elaborada pelo Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF) do CH, em 2010.

Este grupo existe desde 2008, na sequência do ingresso da Instituição no Programa de Acreditação de Qualidade. A referida NOC foi criada com o intuito de normalizar procedimentos, porém, devido a determinadas condicionantes, ainda não foi efetuada formação sobre a mesma à equipa de enfermagem do SCG, pelo que, consequentemente, até à presente data não foram efetuadas auditorias para avaliação da implementação desta, a nível hospitalar. Foi entretanto objeto de revisão, já no decorrer dos Estágio I e II, estando atualmente em fase de aprovação, sendo que uma das grandes alterações se relacionou com o facto de serem anteriormente considerados *Scores* diferentes dos preconizados pela Escala de *Braden*.

O GPTF, através dos seus elementos de ligação aos Serviços, possui um registo mensal da prevalência de UPP, verificando-se em 2013, no SCG, uma prevalência mínima de 0% e máxima de 27,3%, e em 2014 de 4,4% e 25,1%, respetivamente (Apêndice II). Constatámos ainda, pela consulta destes dados gentilmente cedidos pelo grupo, que apesar da inexistência de registos das taxas de incidência, algumas das UPP são aqui adquiridas.

Assim, e sendo que a prevenção das UPP ocupa um lugar central e privilegiado nos cuidados de saúde, consagrada como um direito universal pela DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO (2011) e um importante indicador da qualidade dos cuidados (FERREIRA *et al*, 2007; DGS, 2011; ALVES *et al.*, 2013 citando PANCORBO-HIDALGO *et al.*, 2006 e ELLIOTT, 2010), conforme mencionámos no capítulo anterior, revelou-se de extrema importância e atualidade intervir nesta área, pretendendo-se obter ganhos em saúde, principalmente ao nível da qualidade de vida das pessoas e seus cuidadores, visto este evento adverso se tornar numa ameaça à segurança das pessoas.

Decidimos então, e dada a evidente necessidade, realizar o PIS nesta área, após validação da importância/pertinência da mesma junto da Sra. Enf^a Chefe, Sra. Enf^a Orientadora e Sra. Enf^a Coordenadora do GPTF, através de entrevistas não estruturadas. Também no sentido de envolver a equipa de enfermagem no Projeto, e os auscultar quanto à pertinência do tema, abordámos os profissionais com a mesma metodologia, tendo estes

corroborado a importância do investimento nesta área, referindo algumas dúvidas aquando do preenchimento das subescalas e da aplicação da Escala em si.

Prevíamos que uma correta implementação da Escala de *Braden* seria um passo inicial, mas ainda assim fulcral, para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tal como o defendido pela OE nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), essencialmente ao nível da satisfação do cliente, da promoção da saúde e prevenção de complicações - as UPP, do bem-estar e autocuidado, e ainda na organização dos cuidados, bem como na prevenção de infeções, enunciado acrescido aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011^a).

Deste modo, definimos como **problema geral** a: Inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de *Braden*, aquando da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, no SCG, apesar da existência de uma NOC sobre a Prevenção de UPP, a nível hospitalar.

Posto isto, e de acordo com o descrito por ALMEIDA e FREIRE (2007), podemos afirmar que, para a definição do problema, recorremos ao método indutivo, pois o nosso raciocínio partiu do específico para o geral, após observação de vários fenómenos singulares, procurando posteriormente o que os unificava.

Aquando da análise do problema em estudo, e perante a existência de vários métodos, utilizámos como instrumentos de diagnóstico, de forma a identificar e validar os problemas a que pretendíamos dar resposta, para além das entrevistas não estruturadas, como anteriormente referimos, uma Consulta aos Processos de Enfermagem em *SClínico*, visando uma colheita de dados sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo. Para objetivar a referida consulta criámos uma Grelha de apoio, com questões relacionadas essencialmente com a aplicação da Escala de *Braden* (Apêndice III).

Esta grelha, após elaboração, foi validada pela Sra. Enf^a e Docente Orientadoras, e, anteriormente à sua aplicação, foi sujeita a um pré-teste, com o propósito de corrigir possíveis problemas que as questões pudessem ter, verificar se os termos utilizados eram compreensíveis e desprovidos de equívocos, e se a forma das questões utilizadas permitia colher as informações desejadas, não sendo muito longo, nem tão pouco ambíguo, de acordo com o proposto por FORTIN (2003). A realização deste pré-teste contou com apresentação e subsequente apreciação da Grelha a duas peritas (com Pós-Graduações na área de Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual, experiência profissional na área em

questão, e elementos do GPTF), não tendo sofrido alterações, pelo que, foram realizadas as referidas Consultas aos Processos, após autorização da Direção de Enfermagem do CH para realização do referido PIS e Consultas aos Processos (Anexo II).

Antes de avançarmos, parece-nos importante mencionar que, e de acordo com BENNER (2001), perito é o Enfermeiro que não necessita de se apoiar em princípios analíticos, agindo a partir de uma compreensão profunda e detalhada das situações, de forma intuitiva.

Confirmada a validade do instrumento, concluímos então que esta grelha permitiria avaliar o Projeto ao longo do tempo.

No que respeita à Consulta dos Processos, esta decorreu no mês de junho, num único dia, à totalidade das pessoas internadas no Serviço, há pelo menos 24 horas, sob supervisão do Enfermeiro Auditor dos Registos de Enfermagem do Serviço, a nossa Enf^a Orientadora, conforme sugestão da Sra. Enf^a Diretora.

Resultado dessa mesma Consulta, e cumprindo todos os procedimentos éticos e legais associados a esta prática, confirmámos a existência de diversas inconformidades, como já havíamos detetado aquando da prestação de cuidados e respetiva realização de registos em sistema informático, no *SClínico*, que a seguir descrevemos:

- ✓ Nem sempre foi levantada como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da Escala de *Braden*, aquando da admissão, correspondendo a 4% dos casos analisados, sendo este um dos parâmetros alvo de Auditoria dos Registos de Enfermagem, de acordo com o Guia Orientador do CH;
- ✓ Em 17% dos processos consultados o risco de UPP não foi avaliado nas primeiras 6 horas após admissão, conforme preconizado pela DGS (2011) e pela NOC;
- ✓ O diagnóstico de UPP não foi levantado como Foco de Atenção, na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, em 30 % dos casos, ressalvando-se o facto da atual NOC preconizar o levantamento deste diagnóstico a todas as pessoas, independentemente do *Score* do risco;
- ✓ O diagnóstico de UPP, dos casos analisados, nunca foi levantado corretamente, de acordo com a avaliação do risco de UPP;
- ✓ Em 43% dos processos, não foi programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento, conforme preconizado pela DGS (2011) e pela NOC;

- ✓ Existe grande disparidade na frequência com que é programada a reavaliação, indo desde uma avaliação diária, até de 7/7 dias, quando o definido pela DGS (2011) e pela NOC, para os Serviços de internamento, é de 2/2 dias;
- ✓ O horário definido para a avaliação do risco não segue um padrão uniforme.

Perante os resultados, tornou-se evidente a necessidade de começarmos a nossa intervenção pela correta aplicação da Escala de *Braden*, para posteriormente o GPTF poder implementar a nova NOC. Importa ainda lembrarmos que a NOC ainda em vigor considera *Scores* de risco diferentes da Escala de *Braden*, o que foi tido em consideração aquando da análise dos resultados. Para uma consulta mais detalhada da apresentação e discussão dos mesmos, convidamos o leitor a consultar os Apêndices (Apêndice IV), por considerámos a sua inclusão neste capítulo demasiado exaustiva.

Parecendo-nos evidente a pertinência do problema, considerámos importante o recurso a outros métodos para o reforçar e validar efetivamente, como a análise SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats, porque a aplicação desta ferramenta de gestão, como método de análise da situação, é das técnicas mais utilizadas na elaboração de diagnósticos, segundo NUNES *et al* (2010).

Aplicada esta ferramenta, e seguindo o pensamento de FERREIRA *et al* (2010), organizámos esquematicamente numa tabela as principais vantagens e obstáculos à implementação do PIS, relacionando os pontos fortes e os pontos fracos do mesmo, com as oportunidades e ameaças do meio envolvente, sistematizando de forma clara e concisa, os aspetos mais relevantes do problema, conforme pode ser consultado em Apêndice (Apêndice V). Pela sua análise, confirmámos a viabilidade e sustentabilidade do PIS, o que também contribuiu para reforçar a pertinência/relevância do problema, pois verificámos a prevalência de fatores positivos para a aplicação do projeto, endógenos (forças) e exógenos (oportunidades), comparativamente aos fatores negativos, sendo então o ambiente interno e externo considerados favoráveis à realização do mesmo. Importa ainda referirmos que, com o intuito de suavizar o impacto dos pontos fracos e ameaças, delineámos algumas estratégias, explicitadas no subcapítulo seguinte - Planeamento.

Por lapso, e desconhecimento da data de aposentação da Sra. Enf^a Chefe, não contemplámos a mudança de chefia como uma possível limitação à realização do Projeto, o que não se veio a verificar, como explicitaremos posteriormente. A atual Sra. Enf^a Chefe desconhecia o Projeto, tendo iniciado funções na fase final do Planeamento, pelo que integrá-la o mais rapidamente possível, auscultando as suas sugestões, foi uma prioridade.

Após análise do Problema identificado, surgiu a necessidade de formulação e identificação dos problemas mais relevantes, partes constituintes do problema geral (NUNES *et al.*, 2010). Assim, e a partir do problema geral e análise dos instrumentos de diagnósticos referidos, foram identificados os seguintes **problemas parcelares**: Apresentação da NOC sobre *Prevenção de UPP* à equipa de Enfermagem, para atualização de conhecimentos e consciencialização sobre a temática; Inclusão do Registo do *Score* da Escala de *Braden* na Avaliação Inicial de Enfermagem; Formação da equipa sobre a correta implementação da Escala de *Braden*; Uniformização do procedimento e respetivos registos em *SClínico* relativamente à monitorização do risco de UPP através da Escala de *Braden*, assim como o adequado levantamento do diagnóstico de Enfermagem de UPP, de acordo com o *Score* da Escala (verificou-se incoerências entre os *Scores* e os diagnósticos levantados); Divulgação do PIS pela equipa de Enfermagem.

Nesta sequência, e tendo em consideração o tempo disponível para a realização do PIS, assim como o parecer da Sra. Enf^a Chefe, da Sra. Enf^a Orientadora e de elementos do GPTF, considerámos como **prioritária**: a necessidade de formação da equipa de Enfermagem (pois não teve formação específica), relativamente à correta implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*, em conformidade com a fase inicial da NOC da instituição, apresentando-a sumariamente no início da sessão, passando posteriormente a abordar os aspetos diretamente relacionados com a escala e respetivo registo, e, por fim, também sobre os registos em *SClínico*, relativamente ao adequado levantamento do diagnóstico de Enfermagem de UPP, de acordo com o *Score* obtido através da Escala; Elaboração de um documento orientador, com um “algoritmo” sobre a implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*, também de acordo com a referida NOC, a afixar junto aos computadores, facilitando a sistematização do processo na *praxis* diária; Construção de um documento final, que reúna a informação pertinente acerca da temática, como um *Dossier*, constituindo um suporte de apoio à prática profissional.

Decorrente dos problemas identificados, passámos à formulação dos objetivos, centrados na resolução do problema, que segundo BARBIER (1996), são representações antecipadoras da ação, indispensáveis num ato de planificação, sendo a sua formulação fulcral na MTP, e essencial para se avançar para a etapa do planeamento.

Deste modo, e com a implementação do PIS, tivemos como **objetivo geral**, Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num SCG, no âmbito da Prevenção das UPP.

Como **objetivos específicos**, e de forma a dar resposta ao objetivo geral, planeámos: Realizar formação à equipa de Enfermagem do SCG, relativamente à correta implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*; Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de *Braden*; Promover a otimização dos registos em *SClínico*, acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP; Avaliar a implementação do Projeto.

Após conclusão da etapa diagnóstica do PIS, apresentamos o seu Planeamento.

2.3. Planeamento do Projeto

No Planeamento de um Projeto, de acordo com NOGUEIRA (2005), deverá ser formulado um plano de ação para cada um dos objetivos formulados na etapa anterior. Para tal, utilizámos como referência o documento orientador fornecido pela ESS, onde se encontra toda a informação relativa ao planeamento, de forma esquematizada, podendo o mesmo ser consultado em Apêndice (Apêndice VI). De referir que os apêndices deste, como fazem parte integrante dos apêndices do presente documento, serão agora mencionados de forma individual, tal como sucedeu no subcapítulo anterior.

Procedemos então identificação dos profissionais com os quais iríamos articular a intervenção, à definição de atividades/estratégias a desenvolver, bem como à identificação dos respetivos recursos necessários (humanos e materiais), elaborando-se um orçamento para os mesmos. Realizámos ainda um cronograma, com o intuito de delinear o tempo previsto para cada atividade, otimizando assim a gestão de prioridades e de tempo, através de uma representação gráfica (Apêndice VII).

Por fim, e para posteriormente podermos avaliar o PIS, delineámos critérios de avaliação, sendo então formulados os respetivos indicadores, por forma a conferir mensurabilidade aos objetivos propostos. A referir que, tanto as atividades como as estratégias a realizar, bem como os indicadores de avaliação, se coadunam diretamente com os objetivos específicos formulados, pelo que são apresentadas no âmbito de cada objetivo específico.

Optámos por não apresentar detalhadamente o planeamento do PIS neste subcapítulo, pois o mesmo tornar-se-ia muito extenso e algo repetitivo, no que respeita a

alguns aspetos, que posteriormente aprofundaremos aquando da descrição da execução e avaliação do Projeto, devendo por isso ser consultado em Apêndice (Apêndice VI), como referido anteriormente. Perante isto, decidimos mencionar presentemente apenas determinados pormenores, considerados fulcrais e de âmbito geral.

No desenvolvimento de todo o Projeto, revelava-se imprescindível a articulação com vários profissionais, nomeadamente a Sra. Enfª Diretora do CH, o Sr. Diretor do SCG, as Sras. Enfermeiras Chefes do SCG, a Sra. Enfª e Docente Orientadoras, elementos do GPTF, Sra. Enfª do Serviço de Gestão da Formação (SGF) e a equipa de enfermagem, de entre outros. A sua participação antevia-se extremamente importante, sendo fontes de recursos imprescindíveis para a execução do projeto, como referencia NUNES *et al* (2010). São, na sua maioria, peritos na área de EMC, fornecedores de válidos contributos de cariz científico e profissional, para a realização de um Projeto pertinente e exequível no contexto.

Por sua vez, e no que diz respeito às estratégias/atividades planeadas para dar resposta aos objetivos específicos anteriormente traçados, faz-nos sentido evidenciar as principais, pois algumas delas concorrem simultaneamente para o alcançar de mais do que um objetivo, designadamente: realização de revisão da literatura sobre a temática, de forma a sustentar o conhecimento; criação de material de apoio e realização de sessões de formação à equipa, em vários momentos, garantindo o acesso à informação ao maior números de elementos possível; criação de um documento orientador com “algoritmo” sobre a implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SCLínico*, de acordo com a nova NOC da Instituição, a afixar junto aos computadores onde os Enfermeiros efetuam registos; criação de um pequeno cartão de bolso com a mesma informação referida anteriormente, facilitando o acesso à informação e a sistematização da mesma; integração da equipa de enfermagem no PIS, sensibilizando-a para a importância da temática; elaboração de um *Dossier* onde conste a formação efetuada e se reúna a informação mais atual e pertinente sobre a temática; realização de Consultas aos Processos de Enfermagem em *SCLínico*, após formação da equipa, para validação dos conhecimentos adquiridos / consolidados, no que concerne ao registo da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, permitindo, através do respetivo tratamento e análise dos dados, comparar resultados antes e depois das sessões formativas, avaliando-se assim a implementação do PIS.

A referir o facto de todo o material concebido carecer validação prévia.

No orçamento para a implementação do Projeto tivemos em consideração a atual conjuntura socioeconómica do País, e consequentemente dos Serviços de Saúde Públicos, pelo que projetámos a sua realização com os menores gastos e impacto financeiro possíveis, otimizando os recursos pré-existentes. Assim, os custos prendem-se diretamente com o tempo despendido pelos recursos humanos supramencionados, que não foram passíveis de mensuração dada a sua elevada falibilidade, e com os recursos materiais, obtendo-se um orçamento com o valor total de 114,05 euros, ressalvando-se o facto dos recursos materiais já existentes não terem sido contabilizados, dando-se como exemplo o computador.

Tendo novamente em consideração a análise SWOT efetuada na etapa do diagnóstico (Apêndice V), após elaboração do presente planeamento, pudemos antever a existência de possíveis constrangimentos que influenciariam o sucesso da implementação do PIS, tais como a mudança de chefia, que não havia sido contemplada inicialmente nesta ferramenta de análise, a baixa adesão da equipa às sessões de formação e a baixa adesão à implementação do mesmo. Por forma a tentar minimizá-los ou quiçá ultrapassá-los, definimos algumas estratégias, conforme apresentamos no final da Ficha de Planeamento do Projeto (Apêndice VI), nomeadamente a célere integração da nova Sra. Enf^a Chefe no PIS, auscultando as suas sugestões e propostas de alterações.

No que respeita ao risco de baixa adesão da equipa às sessões de formação, planeámos a realização de vários momentos formativos, de curta duração, no turno da manhã, e em conjunto com as outras duas colegas de Estágio, com agendamento e divulgação atempados, de modo a abranger o maior número de Enfermeiros possível.

Conforme a disponibilidade do Serviço, prevíamos ainda a possibilidade de dispensa de alguns elementos escalados para assistirem à formação, sem dispêndio do seu tempo pessoal, dada a sugestão de inclusão desta formação no âmbito da Formação em Serviço, por parte da Sra. Enf^a Diretora e da Sra. Enf^a do SGF, sendo este estímulo facilitador da motivação e adesão dos profissionais, por conduzir à obtenção de certificado para o *curriculum*, como referido por DIAS (2004).

Relembrar toda a equipa, de forma individual, ou pelo menos através dos Chefes de Equipa, sobre a pertinência, atualidade da temática, e realização das sessões, na semana antecedente às mesmas, foi outra das ações previstas. Aos Enfermeiros que não pudessem estar presentes nas sessões, disponibilizaríamos *à posteriori* a apresentação num *Dossier*, forneceríamos os cartões de bolso, e estaríamos disponíveis para esclarecimento de

questões e para auxiliar na realização de registos, sendo esta última estratégia válida para a restante equipa. Aos elementos da equipa atualmente ausentes, garante-se o acesso à informação assim que retomem funções.

Quanto ao risco de baixa adesão à implementação do PIS, em tempo útil, e dada a atual situação de sobrecarga de trabalho da equipa, focámo-nos em adaptar o mesmo tanto quanto possível à realidade do Serviço, seguindo as diretrizes, e enfatizando a sua importância para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas no SCG, no âmbito da prevenção das UPP, envolvendo a equipa em todas as etapas do Projeto, desde o diagnóstico.

Reforçaremos ainda o facto das nossas propostas darem maior visibilidade às intervenções autónomas de Enfermagem, e estarmos disponíveis para apoiar a realização dos registos no *SClínico*, e esclarecer questões, serão certamente estratégias incentivadoras e motivadoras, por forma a minimizar este risco, o que vai ao encontro do descrito por DIAS (2004), quando menciona a necessidade de acompanhamento por parte do formador em contexto da prática dos cuidados, para que haja uma efetiva mudança após a aquisição de conhecimentos na formação em serviço, já que o surgimento de questões é natural aquando do desenvolvimento das atividades, neste caso específico, a realização de registos. Este acompanhamento facilitará o desenvolvimento de competências por parte dos formandos, através de formação informal, desenvolvida *in loco* (*Idem*).

Relativamente ao primeiro objetivo específico, não podemos deixar de mencionar que, ao Realizar Formação à equipa de Enfermagem do SCG, relativamente à correta implementação da Escala de Braden e respetivo registo em *SClínico*, pretendíamos aplicar a fase inicial da nova NOC, dotando os profissionais de ferramentas para a melhoria da sua *praxis*. Para a consecução deste objetivo, realizámos inicialmente uma revisão da literatura sobre a temática, por forma a aprofundar e sustentar o conhecimento na área das UPP, para melhor fundamentar o PIS, projetando-se a sua continuidade nas etapas seguintes, através de uma revisão sistemática da literatura, quer para a fundamentação do presente Relatório, quer para a produção de um artigo científico, para posterior apresentação e/ou publicação. Após isto, consultámos o GPTF no sentido de avaliar a formação por eles efetuada e replicada nos Serviços (no SCG ainda não), no âmbito da prevenção das UPP, para adequação dos conteúdos da presente formação, e para que não houvessem duplicações. Verificámos que a mesma não analisava aprofundadamente a Escala de *Braden*, sendo de

cariz mais abrangente. Pretendíamos assim explorar a respetiva escala, apresentando a NOC sumariamente, por ser este o problema identificado no diagnóstico de situação.

Consideramos que ao concretizar este primeiro objetivo específico, daremos os passos fulcrais para os seguintes, pois através da realização da formação e apresentação dos documentos de apoio aos registos, projetamos Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de Braden e Promover a otimização dos registos em SClinico, acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP. A formação em serviço, de acordo com DIAS (2004), é uma estratégia dinâmica de atualização de conhecimentos, conducente à reflexão dos intervenientes sobre a *praxis*, e com o objetivo final de melhorar a qualidade do desempenho profissional e consequentemente dos cuidados prestados. Ainda de acordo com este autor, deverá ir simultaneamente ao encontro dos objetivos individuais da unidade de cuidados, e dos objetivos institucionais, o que se verifica plenamente no nosso caso, pois para além de ser uma evidente necessidade do SCG, enquadra-se no projeto interno a nível institucional, no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Por último, e relativamente ao objetivo Avaliar a implementação do Projeto, ressalvamos a intenção de pretendemos um aumento dos índices relativos aos vários parâmetros avaliados, obtidos (na colheita de dados em SClinico, para avaliação da implementação do projeto) nas Consultas aos Processos após formação, comparativamente com os índices obtidos na etapa de diagnóstico, recorrendo à aplicação de fórmulas relacionadas com os parâmetros avaliados, para apresentar os respetivos indicadores de avaliação (Apêndice VI). Projetamos a realização destas consultas em dois momentos distintos, 3 e 5 semanas após a última sessão formativa, com os mesmos critérios aplicados aquando da etapa diagnóstica. A escolha destes *timing's* prendeu-se com a gestão do tempo disponível para avaliarmos o Projeto, e com o facto de termos encontrado descrito na literatura que a transferência para a *praxis*, dos conhecimentos adquiridos em formação, pode demorar entre algumas semanas e seis meses, de acordo com MEIGNANT (2003). Também COUCEIRO (2002) refere a importância do tempo na construção do conhecimento, mencionando que os saberes e as competências se vão revelando e consolidando ao longo do percurso.

Dando por terminada a descrição do Planeamento, passamos à etapa da Execução, onde o leitor poderá ver descrito como colocámos em prática todo o projeto.

2.4. Execução

A presente etapa, execução da MTP, “(...) *materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado* (NUNES *et al.*, 2010, p.23), tendo decorrido de forma natural ao longo do tempo, conforme havíamos planeado. Sendo talvez a etapa mais trabalhosa, revelou-se bastante proveitosa, como referido por NOGUEIRA (2005). Os intervenientes assumiram uma postura interessada e proativa em todo o processo, para além do dinamizador, onde se incluiu também a Sra. Enfª e Docente Orientadoras, assim como a Sra. Enfª Chefe, com as responsabilidades inerentes aos seus papéis.

Tal como referido por CASTRO e RICARDO (1993), foi necessária a procura de informação e documentação variada, para podermos intervir a nível do problema identificado, de acordo com os objetivos definidos e as estratégias/atividades a desenvolver para os atingir, bem como a gestão do tempo previamente estabelecidos, implicando inevitavelmente a mobilização dos recursos (materiais e humanos) selecionados.

Tendo então por base o Planeamento do PIS, e para responder aos objetivos específicos definidos, no que diz respeito às atividades desenvolvidas começámos por dar continuidade à revisão da literatura anteriormente iniciada na etapa diagnóstica, porém, não efetivámos a revisão sistemática da literatura como planeado, por termos concluído que a mesma constitui por si só um trabalho de investigação, para o qual não dispúnhamos de tempo útil, já que a mesma demora no mínimo 3 meses a um ano, segundo RAMALHO (2005), e para além do PIS pretendíamos realizar atividades relacionadas com o PAC.

Efetivámos então uma revisão narrativa da literatura, pois a mesma respondia ao nosso objetivo, isto é, “(...) *descrever a história ou o desenvolvimento de um problema, (...) discutir os assuntos sobre o ponto de vista teórico ou contextual (...) estabelecer analogias ou interligar áreas de pesquisa interdependentes, com o objetivo de promover um enfoque multidisciplinar ou de clarificar ideias*” (RAMALHO, 2005, p. 33). Mais referimos que apesar desta revisão não ter sido efetuada com o rigor sistemático, seguiu os seus princípios, nomeadamente no que diz respeito à partida de uma questão específica, utilizando fontes abrangentes, efetuando-se análise e avaliação da qualidade dos artigos e seleção dos mesmos, extração e síntese dos dados, com inferências baseadas em resultados de pesquisa clínica (*Idem*).

De acordo com o supramencionado, realizámos consulta em vários Centros de Documentação e na *Internet*, em bases de dados científicas, partindo da questão “Que *guidelines* existem sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP?”, utilizando

termos como “úlceras por pressão”, “escala de Braden”, “avaliação do risco de desenvolvimento”, e “prevenção”, em português e inglês. Seleccionámos os artigos através da leitura dos seus *Abstracts*, identificação de palavras-chave, pertinência do assunto para o PIS e atualização.

Desta consulta nasceu o resumo apresentado no enquadramento do primeiro capítulo deste documento, e que contribuiu igualmente para a realização da formação efetuada aos Enfermeiros e para a fundamentação do artigo científico, que havíamos planeado como um artigo de revisão, mas que posteriormente decidimos produzir com o intuito de divulgar toda a MTP e os resultados obtidos, para posterior publicação, e quiçá fomentar o desenvolvimento de projetos similares.

Importa mencionarmos que toda a documentação elaborada no âmbito do PIS, antes da sua divulgação, foi previamente apresentada, discutida e validada por vários elementos, respetivamente: Sra. Enf^a Orientadora, Sra. Enf^a Chefe, Docente Orientadora e Sra. Enf^a Coordenadora do GPTF.

Após consulta do GPTF para adequação dos conteúdos da sessão de formação, procedemos à elaboração do Plano de Sessão (Apêndice VIII). Delineámos como objetivo geral *Dotar os formandos de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo no SClinico, com recurso à Escala de Braden, por forma a promover a uniformização de procedimentos*. Por sua vez, como objetivos específicos, *Apresentar sumariamente o PIS; e, Apresentar orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo no SClinico, com recurso à Escala de Braden*, sendo esperado que no final de cada sessão os formandos fossem capazes de *Demonstrar conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da realização de um teste individual*.

Seguiu-se então a construção de alguns materiais de apoio à formação, nomeadamente: o Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no *SClinico* (Apêndice IX), com toda a informação relativa à implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo, de acordo com a nova NOC, o Cartão de Bolso com a mesma informação (Apêndice X), e a apresentação da Sessão em suporte informático, com recurso ao programa *Power Point*[®] (Apêndice XI), tendo como suporte o Plano de Sessão já referido.

Agendámos as datas das sessões formativas, em 3 dias distintos, 2 sessões por dia, perfazendo um total de 6 sessões, com o intuito de abranger o maior número de Enfermeiros possível. Referimos novamente que o agendamento das mesmas foi efetuado

conjuntamente com outras duas colegas que se encontravam a desenvolver em simultâneo o seu PIS no SCG. Optámos por juntar os momentos formativos num mesmo dia por forma a facilitar e fomentar a participação dos Enfermeiros em todas as sessões, em consonância com a Sra. Enf^a Orientadora e a Sra. Enf^a Chefe.

Para divulgação das mesmas, foi então elaborado um Cartaz (Apêndice XII), onde mencionámos o Tema de cada sessão e respetivo Formador, as datas (27 e 30 de outubro e 3 de novembro) e os horários, a duração (45 minutos cada), assim como o local de realização das mesmas. A sua afixação decorreu 2 semanas antes da primeira sessão formativa, em pontos estratégicos do Serviço, respetivamente: Sala de Passagem de Turno, Sala de Registos, Sala de Preparação da Terapêutica e Copa. Na semana antecedente, e com o intuito de relembrar a equipa sobre a importância da frequência das formações, fomos difundindo a informação nas passagens de turno, enviámos *email* informativo para toda a equipa, e criámos um evento no *Facebook*, não estando estas duas últimas atividades contempladas no Planeamento.

Dada a relevância dos temas, e como já referimos, a Direção de Enfermagem e o SGF propuseram a inclusão destas formações no plano de Formação em Serviço, e a Sra. Enf^a Chefe conseguiu, com muito esforço, gerir o horário da equipa de forma a escalar mais elementos no turno da manhã dos dias agendados para a formação, como estratégia promotora da adesão de um maior número de enfermeiros. Outra estratégia facilitadora foi o facto dos elementos não escalados poderem efetuar o registo biométrico, sendo o tempo de permanência na formação contabilizado em Bolsa de Horas. Também estas estratégias não haviam sido consideradas no planeamento, revelando-se uma mais-valia.

Realizámos então as referidas sessões nas datas/horários previstos, de acordo com o Plano de Sessão e os respetivos objetivos previamente definidos, com intervalos de 15 minutos entre cada sessão, nos quais oferecemos um pequeno *coffee-break*, com o objetivo de não tornar os períodos formativos muito exaustivos para os formandos, transformando esta pequena pausa num momento promotor de reflexão, apreensão e aquisição de conhecimentos, troca de ideias e convívio entre a equipa.

Decorreram na Sala de Sessões do Serviço, como agendado, com exceção do primeiro dia, em que ocorreu uma Reunião Médica ao longo do dia, não programada, o que nos obrigou a utilizar uma sala significativamente mais pequena, a única disponível nesse dia, mas que não dispunha das condições mais desejadas, já que foi também o dia em que tivemos uma maior abrangência de formandos. No que diz respeito aos Equipamentos e

Meios Audiovisuais, importa mencionarmos o uso do computador portátil adaptado a projetor, tendo sido a imagem projetada em tela destinada para o efeito.

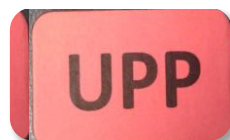
No que concerne à avaliação das sessões, elaborámos um pequeno Teste de Avaliação, com seis questões de verdadeiro/falso, e respetiva corrigenda, por forma a efetuarmos a avaliação sumativa da formação (Apêndice XIII).

Seguiu-se a entrega do Cartão de Bolso a cada formando e mostrou-se o Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no *SCLínico*. Para garantir a entrega dos Cartões a toda a equipa, foi elaborada uma *check list* com o nome de cada enfermeiro, que foi sendo preenchida aquando da entrega destes.

Relativamente ao Registo de Presenças e Avaliação da Sessão por parte dos formandos, recorreremos à aplicação do impresso em vigor na instituição, disponibilizado pelo SGF (Anexo III).

Decorrente da criação dos documentos de apoio à formação, e não constante do planeamento, surgiu ainda a criação de um íman (Figura 1) para auxiliar a identificação das pessoas com Alto Risco de desenvolvimento de UPP, a colocar no quadro de trabalho da Sala de Registos, pois deste modo, aquando da Passagem de Turno, o Enfermeiro poderá rápida e facilmente visualizar quais as pessoas com $Score \leq 16$, e assim planear/priorizar os seus cuidados. O mesmo, após morosa elaboração (total de 32 imanes, correspondentes a 57% da taxa total de ocupação do SCG), foi também apresentado nas sessões formativas, com boa receptividade por parte dos formandos, que felicitaram a ideia, caracterizando-a como inovadora e bastante útil, tal como previamente considerado pela Sra. Enf^a e Docente Orientadoras, Sra. Enf^a Chefe e Sra. Enf^a Coordenadora do GPTF, tencionando esta última difundir-lo no CH, caso se verifique a utilidade da sua aplicação.

Figura 1 - Íman identificativo das Pessoas com Alto Risco de desenvolver UPP



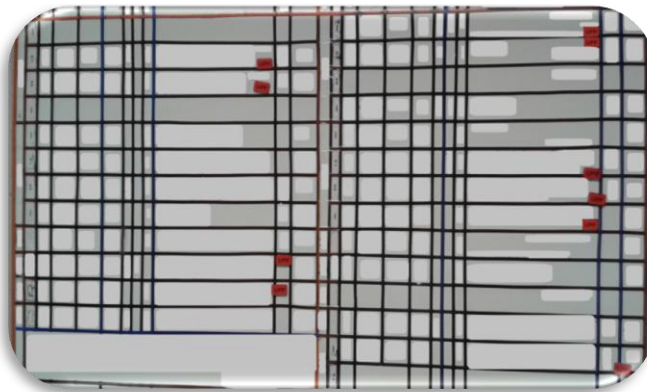
Mencionamos ainda o facto da criação deste íman ter suscitado na equipa ideias para a criação de sinalização relacionada com outras temáticas, como as quedas.

Terminadas as sessões, afixámos o Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no *SCLínico* junto dos computadores onde os enfermeiros efetuam registos, estratégia esta facilitadora da sistematização do processo e dinamização do Projeto.

Colocámos ainda a própria Escala, uma vez que frequentemente surgem dúvidas aquando do seu preenchimento, na escolha do *Score* mais adequado a cada subescala, pelo que, se a podermos consultar facilmente, o seu preenchimento será efetuado de forma mais fidedigna. Também nesta linha de pensamento, enviámos a Escala por *email*, como sugerido informalmente por uma colega, pois assim os Enfermeiros que têm *smartphone* conseguem ter rápido acesso à mesma, onde quer que estejam. A referir que a afixação e envio da Escala por *email* não constavam do Planeamento.

Iniciámos a utilização do íman, e com bastante agrado fomos visualizando a sua contínua aplicação, de uma forma correta, isto é, para sinalizar as pessoas que apresentem um $Score \leq 16$ na Escala de *Braden*, como demonstra a Figura 2.

Figura 2 - Quadro com ímanes identificativos das pessoas com Alto Risco UPP



Igualmente para um acesso partilhado da informação, em vez do *Dossier* inicialmente planeado, criámos uma Pasta partilhada no Computador, com a apresentação efetuada em *PowerPoint*[®], com o Documento de Apoio aos Registos, o Cartão de Bolso e a NOC da instituição, para facilitar o acesso de toda a equipa à documentação, em qualquer computador, e assim servir de suporte de apoio à *praxis*.

Conforme temos vindo a referir, e de acordo com NOGUEIRA (2005), podem ocorrer, e neste projeto sucederam, algumas ruturas entre o planeado e o realizado, que por vezes poderão colocar diversos problemas, aquando da sua resolução, tendo no nosso caso específico sido potenciadoras do desenvolvimento de competências do estudante, enquanto dinamizador do projeto. Deste modo, as pequenas alterações efetuadas ao planeado foram estudadas e implementadas novas estratégias, por forma a que os objetivos do projeto não fossem comprometidos, como recomendado por RAMOS (2008).

Também como forma de sensibilizar, motivar e incentivar a equipa a aderir a este Projeto, dada a sua relevância e atualidade, fomos divulgando o mesmo ao longo dos Estágios, nos momentos de formação planeados, aquando das passagens de turno, e no decorrer dos próprios turnos fomos fornecendo apoio aquando da realização dos registos, esclarecendo questões pontuais que foram surgindo, pois será através dos registos que conseguiremos dar continuidade e visibilidade aos cuidados prestados, promovendo, em última instância, uma melhoria da qualidade destes.

No seu todo, através da realização destas atividades/estratégias respondemos aos 3 objetivos inicialmente propostos: Realizar Formação à equipa de Enfermagem do SCG, relativamente à correta implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*; Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de *Braden* e Promover a otimização dos registos em *SClínico*, acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP.

Finalizada a etapa de execução do Projeto, e tal como planeado, realizámos a avaliação das formações, através da análise dos resultados obtidos, quer a nível da avaliação sumativa da sessão, quer a nível da avaliação desta pelo formando, que aprofundaremos no subcapítulo seguinte. Cumprimos ainda as Consultas aos Processos de Enfermagem, em dois momentos distintos, por forma a validar se os conhecimentos adquiridos/consolidados se refletiram numa aplicação na prática, sendo a sua apresentação também explorada no subcapítulo seguinte, onde efetuamos uma análise comparativa entre os resultados da etapa diagnóstica e da etapa pós execução do Projeto, de forma a podermos alcançar e mensurar o último objetivo – Avaliar a implementação do Projeto.

Referentemente aos custos inerentes à realização de um Projeto desta natureza, tínhamos elaborado, aquando do planeamento (Apêndice VI), um orçamento onde procurámos otimizar, tanto quanto possível, os recursos pré-existentes, como mencionámos anteriormente. Como previsto, as despesas relativas aos recursos humanos não foram passíveis de contabilização, tal como os gastos relacionados com os recursos materiais já existentes. No que respeita aos custos com o restante material mencionado, referimos o acréscimo relativo à aquisição/construção dos ímanes (10 euros). Não utilizámos o *Dossier* de arquivo nem os separadores, pelo que o orçamento final teve um valor de 106,09 euros.

Pelo exposto, consideramos que a etapa de execução do PIS foi transformadora, como resultado duma análise da experiência, como descrito por CARVALHO e DIOGO (2001), já que “a elaboração e a execução de um Projeto encontram-se necessariamente

ligadas a uma investigação-ação que deve ser simultaneamente um acto de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se portanto, uma produção intelectual” (NOGUEIRA, 2005). Assim, obtivemos um grande enriquecimento ao nível da aprendizagem, na resolução de problemas e desenvolvimento de competências, consciencializado através da contínua reflexão crítica acerca de todo este percurso.

Com isto, não podemos no entanto esquecer que uma das características desta metodologia é a avaliação contínua, desenvolvida ao longo de todo o percurso, pelo que impera a sua realização, que apresentamos no subcapítulo seguinte.

2.5. Avaliação

No decurso de um Projeto, e como anteriormente referimos, reitera a necessidade de uma avaliação contínua, pelo que esta foi efetuada ao longo de todo o percurso desenvolvido, por forma a contribuir para a elaboração da avaliação final globalizante, de acordo com LEITE, MALPIQUE e SANTOS (2001).

Podem distinguir-se assim vários momentos, nomeadamente a avaliação intermédia, realizada em simultâneo com a execução do Projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto (NUNES *et al.*, 2010).

Não sendo considerado o Projeto uma metodologia estática, a sua avaliação é um processo rigoroso, complexo, e dinâmico, implicando a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão, bem como a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os atingidos (NOGUEIRA, 2005).

A nível da avaliação intermédia, e de acordo com o referido anteriormente, fomos desenvolvendo em simultâneo com a etapa da Execução, onde vários foram os momentos de pausa e reflexão sobre o percurso, como descrito por CASTRO e RICARDO (1993), tendo por base os indicadores de avaliação traçados e apresentados na etapa do Planeamento. De forma permanente, e corroborando o descrito por NOGUEIRA (2005), fomos realizando críticas ao trabalho já elaborado, e efetuando alguns ajustes necessários, como o incremento de algumas estratégias/atividades, já descritas no subcapítulo anterior, que apesar de não estarem planeadas, se revelaram pertinentes para o Projeto. Fomentámos a participação da equipa de enfermagem do SCG, no decorrer de todo o PIS e respetiva divulgação, desde a etapa diagnóstica, pois sem a sua colaboração o insucesso da implementação seria garantido. Relembramos ainda a importância do papel dos orientadores, que acompanharam assiduamente o desenrolar de todo o processo.

No que diz respeito à avaliação final, a mesma foi efetuada de forma globalizante, implicando naturalmente, em última instância, a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, como referem NUNES *et al* (2010).

Começámos por analisar a formação efetuada à equipa de enfermagem, visto esta ter sido a estratégia basilar para responder à maioria dos objetivos delineados. Posteriormente procedemos à Consulta dos Processos de Enfermagem em *SClínico*, em 2 momentos distintos, tendo por base os mesmos critérios usados na etapa diagnóstica, para avaliarmos a correspondência entre as respostas encontradas e a problemática inicial, isto é, se através da execução do Projeto conseguimos contribuir para a uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de *Braden*, aquando da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo. Refletimos sobre os pontos positivos e negativos do PIS, bem como as estratégias a adotar para minimizar estes últimos, como vem referido na literatura por NOGUEIRA (2005).

Relativamente às sessões de formação, elaborámos um relatório de avaliação, que por ser demasiado extenso foi remetido para Apêndice (Apêndice XIV), convidando o leitor a consultá-lo para eventuais esclarecimentos, ressaltando o facto dos seus aspetos fulcrais serem seguidamente apresentados, e de termos removido os apêndices, por já terem vindo a ser mencionados no corpo do trabalho.

Através da realização das 6 sessões formativas e do cumprimento do seu Planeamento, abrangemos 92,7% da equipa de enfermagem ativa, sendo extremamente importante lembrarmos que, à data da realização das formações, do universo de 48 enfermeiros do SCG, apenas 42 se encontravam ativos (restantes 6 ausentes, em situação de atestado). Destes 42 elementos, excluímos ainda, para efeitos de contabilização de abrangência de elementos pela formação, a promotora do projeto, sendo possível contabilizarmos 41 elementos ativos, como demonstra o Gráfico 1.

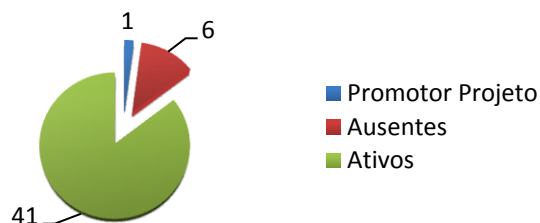


Gráfico 1- Equipa de Enfermeiros do SCG

Contámos ainda com a participação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que se encontravam a realizar Estágio no SCG, perfazendo um total de 42 elementos formados, respetivamente: 38 enfermeiros e 4 Estudantes. Dos 42 enfermeiros, 32 estavam escalados no turno da manhã, para poderem participar nas sessões de formação em horário laboral, estando os restantes 6 elementos fora do seu horário de trabalho.

Aos 3 elementos da equipa ativa que não frequentaram a formação, foi-lhes posteriormente apresentado o PIS, os conteúdos abordados na sessão formativa, e entregue o Cartão de Bolso, garantindo assim o acesso de toda a equipa ativa à informação, atingindo deste modo o indicador de avaliação calculado através das seguintes fórmulas:

- a) $(\text{n}^\circ \text{ enfermeiros presentes na formação} / \text{n}^\circ \text{ total enfermeiros do Serviço (ativos - promotor)}) \times 100$;
- b) $(\text{n}^\circ \text{ enfermeiros a quem se distribuiu a documentação} / \text{n}^\circ \text{ total enfermeiros do Serviço (ativos - promotor)}) \times 100$.

Da análise destas fórmulas, confirmamos ter alcançado um índice de 92,3% relativamente à primeira, sendo que posteriormente garantimos o acesso dos restantes elementos à informação. O mesmo sucedeu com a segunda fórmula.

Numa fase subsequente, já no final do Estágio III, tivemos ainda oportunidade de replicar este processo com uma colega que regressou da licença de maternidade, por forma a integrá-la no nosso PIS, tal como havíamos planeado. A referir igualmente que a equipa teve um acréscimo de uma colega na última quinzena do Estágio III, a qual iremos integrar no Projeto após o seu *terminus*, pois priorizou-se primeiramente a sua integração no SCG.

No que concerne à avaliação sumativa das sessões, aplicámos então o já referido Teste de Avaliação, seguindo-se a corrigenda. Dos 42 Testes aplicados, 35 formandos (83,3%) obtiveram uma pontuação de 100%, respondendo corretamente a todas as questões. Os restantes 7 falharam apenas uma questão, auferindo uma classificação de 83,3%, e referindo que o sucedido se relacionou com a má interpretação da afirmação.

Relativamente à avaliação da sessão por parte dos formandos, recorremos à aplicação do impresso disponibilizado pelo SGF, que avalia a sessão em 4 categorias, sendo elas: Programa da Ação, Funcionamento da Ação, Apreciação Global da Ação e Intervenção do Formador. Efetuámos então uma análise pormenorizada de cada categoria e dos respetivos parâmetros no relatório, que a seguir apresentamos de forma sucinta.

Quanto ao Programa da Ação e ao Funcionamento desta, obtivemos uma classificação geral muito boa, apresentando-se os resultados resumidos no Gráfico 2 e 3,

respetivamente, para facilitar a leitura. Referimos o facto de haver alguma discrepância na classificação das instalações, provavelmente porque no primeiro dia as condições não foram as mais adequadas, devido à necessidade de mudança de sala, sendo também o dia com maior abrangência, o que poderá ser justificativo destas pontuações.

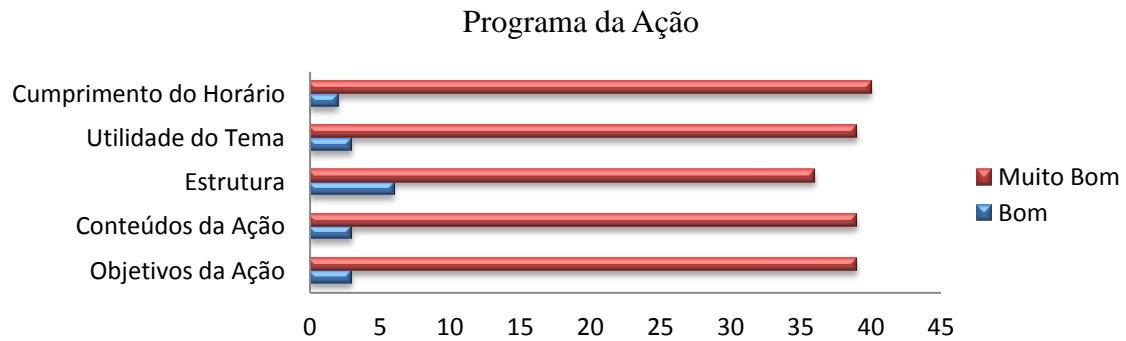


Gráfico 2 - Avaliação da Sessão pelos Formandos: Programa da Ação

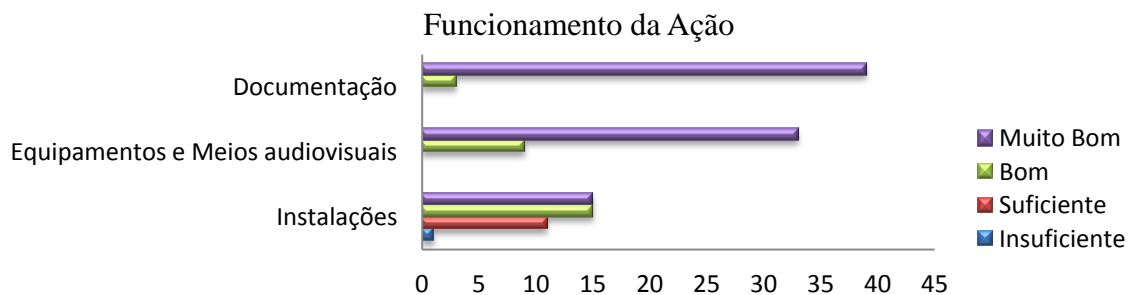


Gráfico 3 - Avaliação da Sessão pelos Formandos: Funcionamento da Ação

Passando à terceira categoria incluída na avaliação realizada pelo formando, a Apreciação Global da Ação, 39 formandos consideraram que esta sessão formativa terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, e 3 não responderam. À questão “Se sim, de que forma?”, 7 formandos não responderam, e das 33 respostas, obtivemos o seguinte: *Melhoria na qualidade dos Registos – Uniformização* (n=12); *Uniformização dos Critérios de Avaliação do Risco de UPP* (n=1); *Melhoria da avaliação dos doentes em risco de desenvolver UPP* (n=4); *Melhoria da implementação de medidas preventivas* (n=1); *Melhoria da prestação de cuidados* (n= 16); *Melhoria/Atualização de conhecimentos* (n=5); *Aplicação da Escala de Braden* (n=4); *Adequação da Teoria à Prática* (n=1).

Ainda nesta categoria, e respeitante à questão, “Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?”, 34 formandos classificaram-na como Muito Boa, 1 como Boa, e 7 não responderam. Relativamente aos Pontos Fortes da sessão, obtivemos respostas

por parte de 11 formandos, nomeadamente: *Utilidade/Pertinência do Tema* (n=7); *Clareza Informação/Comunicação/Exposição* (n=6); *Conteúdo e Apresentação* (n=1); *Organização* (n=1); *Clarificação da Escala* (n=1); *Documentação Fornecida* (n=1); *Esclarecimento de dúvidas* (n=1); *Coffee-Break* (n=1); *Simpatia/Dinamismo* (n=1); *Informação sucinta* (n=1); *Criatividade* (n=1); *Conhecimentos do Formador* (n=1). No campo das Oportunidades de Melhoria, apenas um formando respondeu, mencionando a inclusão de “imagens das categorias das UPP”, que teremos em consideração na realização de uma próxima sessão, considerando-se pertinente referir que não o efetuámos pelo facto do foco de atenção desta formação não se relacionar diretamente com a categorização das UPP. Por fim, no ponto das Sugestões/Observações, foi referida a “melhoria do rácio enfermeiro/doente em função da necessidade das intervenções de Enfermagem” e o “incluir fotografias das UPP no processo do doente”, por um único formando. Quanto à primeira sugestão, e dada a sua natureza, não temos capacidade de intervir, relativamente à segunda, contactaremos os parametrizadores do *SClínico*, por forma a percebermos a sua viabilidade.

No que respeita à última categoria em avaliação, a Intervenção do Formador, esta é também constituída por vários parâmetros, para os quais obtivemos uma classificação geral muito boa, apresentando-se resumidamente os resultados no Gráfico 4.

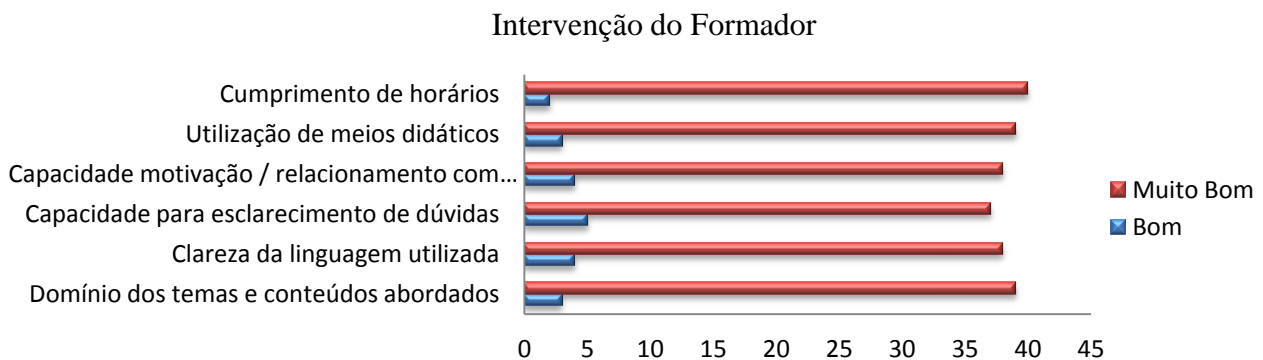


Gráfico 4 - Avaliação da Sessão pelos Formandos: Intervenção do Formador

Por todo o exposto, concluímos que os objetivos inicialmente delineados para a sessão de formação foram atingidos, tanto o geral como os específicos, na medida em que *Dotámos os formandos de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo no SClínico, com recurso à Escala de Braden, por forma a promover a uniformização de procedimentos* – objetivo geral. No que concerne aos objetivos específicos, *Apresentámos sumariamente o PIS, e Apresentámos orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo no*

SClínico, com recurso à *Escala de Braden*, em que no final de cada sessão os formandos *Demonstraram conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP*, através da realização de um teste individual, onde a maioria dos formandos (83,3%) obteve uma classificação de 100%, e os restantes de 83,3%, verificando-se boa capacidade de apreensão de conhecimentos, estando então o indicador de avaliação atingido.

De uma forma global, consideramos que o *feedback* obtido por parte dos formandos foi bastante positivo, como demonstrado nos dados anteriormente apresentados, e pelo *feedback* dado informalmente, enaltecendo a importância de formações nesta área. E, apesar de alguns colegas considerarem que este PIS acarreta mais uma sobrecarga de trabalho, reconheceram que efetivamente a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e posterior registo é a prova de um adequado plano de cuidados, assegurando a comunicação na equipa multidisciplinar, e garantindo o acompanhamento da evolução clínica, promovendo assim a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados, que se pretendem continuamente melhores.

Ainda no âmbito da avaliação do PIS, e com o intuito de avaliar o impacto das atividades/estratégias desenvolvidas para atingir os objetivos delineados, efetuámos, conforme planeado, 2 momentos de Consultas aos Processos de Enfermagem em *SClínico*, após realização da referida formação, com recurso à mesma grelha utilizada aquando do diagnóstico de situação, para validar se existiram mudanças ao nível da implementação da *Escala de Braden* e respetivo registo.

Estas consultas decorreram igualmente sob supervisão do elemento Auditor dos Registos de Enfermagem no SCG (Sra. Enf^a Orientadora), e com recurso aos mesmos critérios de inclusão na amostra aplicados aquando do diagnóstico de situação, com acréscimo da exclusão das pessoas com data de internamento anterior à data da última sessão de formação. Relembramos que não foram também incluídas as pessoas atualmente internadas no SCG, mas que haviam sido inicialmente admitidas noutros Serviços, pois os programadores do Plano de Cuidados não foram o público-alvo das nossas intervenções.

Assim, a primeira Consulta foi efetuada 3 semanas após a última sessão de formação, e a segunda 5 semanas após, respetivamente. Na primeira Consulta, realizada no final de novembro de 2014, foram analisados 37 processos, tendo sido excluídos da análise 18. A segunda realizou-se no início de dezembro do mesmo ano, em que analisámos 42 processos e excluímos 14. A soma destes números traduz-se numa taxa de ocupação do Serviço na ordem dos 98,2% e 100%, respetivamente (lotação total de 56 camas).

Passamos então à apresentação e respetiva discussão dos resultados, efetuando simultaneamente uma comparação da evolução destes entre a etapa diagnóstica e a fase pós-formativa, de forma sintética, esquematizada em dois gráficos. Para esclarecimentos adicionais sobre estas Consultas, convidamos o leitor a consultar o Apêndice (Apêndice XV), dada a sua inclusão destes dados no corpo do trabalho se tornar demasiado exaustiva.

No primeiro Gráfico - Gráfico 5, expomos os resultados relativos às primeiras quatro questões avaliadas, onde observamos que a primeira obteve um crescimento contínuo no decorrer das Consultas, atingindo o indicador máximo de 100%, isto é, na 2ª Consulta efetuada aos Processos de Enfermagem, após formação, a todas as pessoas internadas foi levantado como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da Escala de Braden, aquando da admissão, conforme é preconizado.

Relativamente à avaliação do risco nas primeiras 6 horas após admissão, segunda questão analisada, também verificámos um aumento, ainda que pequeno (6%), da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta, mas desta para a 2ª aferimos um ligeiro decréscimo (8%). Estes resultados poderão ser reflexo da elevada taxa de ocupação do Serviço, do elevado nível de dependência das pessoas aqui internadas, e da equipa de enfermagem se encontrar reduzida (em cerca de 13%), traduzindo-se numa sobrecarga de trabalho, o que conduz os profissionais a priorizar os cuidados face às necessidades apresentadas pelas pessoas, protelando frequentemente a realização dos registos.

A nível do levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão, podemos observar um crescimento abrupto da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta, na ordem dos 62%, e de apenas 1% desta para a 2ª Consulta. Atualmente é preconizado pela nova NOC (em aprovação) o levantamento deste diagnóstico à totalidade das pessoas internadas, mas relembramos que na NOC anterior se consideravam *Scores* diferentes dos preconizados pela Escala de *Braden*, não sendo recomendado o levantamento deste diagnóstico para *Scores* ≥ 19 . Posto isto, verificámos um grande ganho com a realização desta formação, pois a equipa ficou mais sensível à necessidade do levantamento do diagnóstico de UPP a todas as pessoas internadas, conseguindo-se uma taxa máxima de 69% de conformidade.

No que diz respeito ao correto levantamento do diagnóstico, quarta questão em estudo, na etapa diagnóstica não analisámos nenhum processo ao qual tivesse sido levantado corretamente o diagnóstico, enquanto na 1ª Consulta após formação, 46% dos processos tinha, o que se traduziu num ganho da mesma ordem de valores. Desta Consulta para a 2ª, denota-se igualmente um crescimento, mas de menor amplitude (2%). Muito

caminho ainda há a percorrer para atingir a excelência, mas no imediato estes resultados já se traduziram em ganhos importantes. Verificámos porém que em algumas situações o diagnóstico não foi levantado de acordo com o *Score* obtido através da Escala de *Braden*, e em casos mais raros, foi levantado o diagnóstico sem prévio cálculo do *Score*.

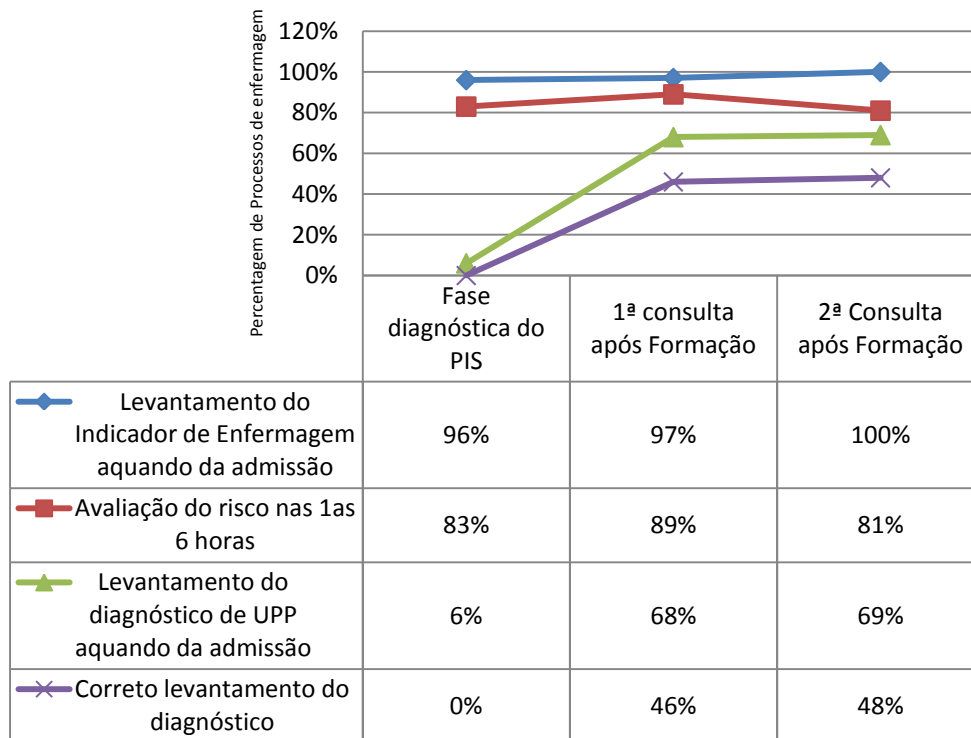


Gráfico 5 - Perspetiva evolutiva dos Parâmetros avaliados nas Consultas aos Processos de Enfermagem (1)

No Gráfico 6, apresentamos a perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas últimas três questões da grelha, começando pela que diz respeito à programação da reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP durante o internamento, na qual obtivemos um crescimento de 40% da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta após formação, e posteriormente um decréscimo, na ordem dos 11%, desta para a 2ª Consulta, sendo que está preconizada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento a todas as pessoas internadas, de acordo com a DGS (2011) e a NOC. Também aqui poderá influenciar a elevada taxa de ocupação do serviço e o facto da equipa de enfermagem se encontrar reduzida, conduzindo os profissionais a priorizar os cuidados face às necessidades apresentadas pelas pessoas, protelando a realização dos registos. Por vezes ocorreu o levantamento deste Indicador de Enfermagem com o horário Agora, conforme preconizado no Guia Orientador dos Registos de Enfermagem do CH, para efeitos de auditoria, sendo o risco avaliado nas primeiras 6 horas, mas depois não foi efetuada a reprogramação.

A nível da frequência da reavaliação, esta está preconizada de 2/2 dias, sendo o ganho da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta bastante significativo, na ordem dos 62%, constatando-se um decréscimo de 16% da 1ª para a 2ª Consulta. Importa referirmos o facto de, na etapa diagnóstica existirem várias frequências de programação, desde diária até de 7/7 dias, e nas Consultas após formação apenas encontramos frequências de 2/2 e 3/3 dias. Esta inconformidade poderá ser justificada pelo facto da Escala de *Barthel* e de *Morse* serem reavaliadas de 3/3 dias, podendo ser gerador de alguma confusão.

Por último, e avaliando a questão relativa ao horário definido para a reavaliação do risco de UPP, aquando da etapa diagnóstica 55% dos processos estavam programados para o turno da manhã, sem horário específico, enquanto na 1ª Consulta após realização da formação 43% dos enfermeiros programou esta intervenção às 14h, conforme havia sido sugerido, por ser o horário em que os Enfermeiros geralmente efetuam registos, e porque no turno da manhã há maior oportunidade de observar as pessoas a realizar as suas atividades de vida diárias, caso tenham capacidade para, sendo possível uma melhor avaliação. Às pessoas mais dependentes, é também neste turno que são prestados os cuidados de higiene, momento em que se observa a pele na globalidade. Comparativamente, na 2ª Consulta, esta programação ocorreu em 33% dos casos. Consideramos não ter havido um decréscimo da etapa diagnóstica para as Consultas posteriores, na medida em que, e somando os horários correspondentes aos turnos da manhã, na 1ª Consulta, em 89% dos processos estava programada a reavaliação neste turno, e na 2ª Consulta em 81%, havendo atualmente necessidade de reforçar a hora da programação.

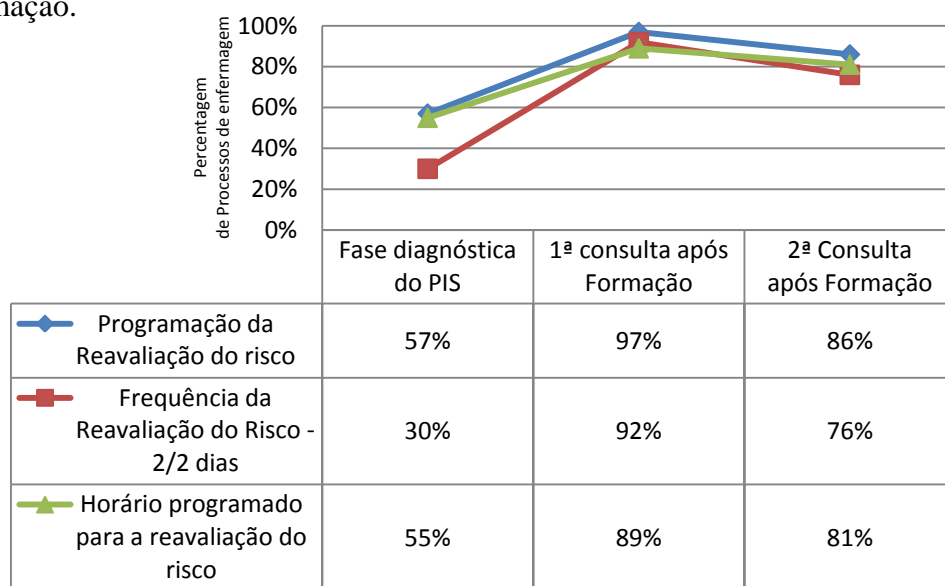


Gráfico 6 - Perspetiva evolutiva dos Parâmetros avaliados nas Consultas aos Processos de Enfermagem (2)

Face à globalidade dos resultados apresentados, consideramos que a realização da formação foi, no global, bastante benéfica, sendo evidente uma melhoria significativa na qualidade dos registos, havendo ainda um longo caminho a percorrer.

De acordo com MEIGNANT (2003), para que os resultados se mantenham ao longo do tempo concorrem vários fatores externos à formação, dando como exemplo a taxa de rotatividade da equipa e o acompanhamento dos formandos. Como tal, e visto formarmos parte integrante da equipa de enfermagem do SCG, comprometemo-nos a dar continuidade a este Projeto, para que o mesmo possa obter ganhos no futuro, não ficando “esquecido” após a conclusão deste MEMC, dada a sua relevância e pertinência.

O último dos objetivos específicos do presente PIS prendia-se com Avaliar a implementação do Projeto, que temos vindo a efetuar através da análise dos dados recolhidos nas Consultas dos Processos, após realização das sessões formativas. Como indicador de avaliação, havíamos delineado o aumento dos índices, da etapa diagnóstica para as Consultas anteriormente referidas, com recurso às seguintes fórmulas:

- a) (nº Processos consultados em que se levantou como Indicador de Enfermagem a intervenção *Monitorizar o risco de UPP através da “Escala de Braden”* aquando da admissão da pessoa no serviço / nº Total Pessoas Internadas) x 100;
- b) (nº Processos consultados que apresentem o risco de UPP avaliado nas primeiras 6 horas após a admissão da pessoa / nº Total Pessoas Internadas) x 100;
- c) (nº Processos consultados que apresentem levantado o diagnóstico de UPP aquando da admissão / nº Total Pessoas Internadas) x 100;
- d) (nº Processos consultados que apresentem, na admissão, e mediante o *Score* de avaliação do risco de UPP, o diagnóstico de UPP corretamente levantado / nº Total Pessoas Internadas) x 100;
- e) (nº Processos consultados que apresentem corretamente programada a reavaliação do risco de UPP / nº Total Pessoas Internadas) x 100;

Analisando então os índices supramencionados, obtivemos um aumento de 4% a nível do primeiro, completando a taxa máxima. No segundo índice alcançámos uma melhoria inicial de 6%, mas posteriormente um ligeiro decréscimo, provavelmente pelas razões já apontadas, e nas quais não nos foi possível intervir. A nível do terceiro índice, auferimos um ganho de 63%, e no quarto de 48%. Por fim, relativamente ao último índice, verificámos um aumento na ordem dos 46%.

Perante estes resultados, consideramos a implementação do projeto eficaz, tendo plena consciência de que alguns aspetos foram efetivamente menos bem conseguidos, tal como vem descrito na literatura (NOGUEIRA, 2005). Não conseguimos resolver mas minimizámos o problema identificado, como referem NUNES *et al* (2010), otimizando a eficácia dos serviços prestados à população.

Refletimos então sobre possíveis estratégias a implementar para os minimizar, como por exemplo, a apresentação destes resultados à equipa, como reforço positivo de todo o trabalho desenvolvido, e para que os enfermeiros tomem conhecimento dos aspetos a melhorar, reforçando pontos-chave como por exemplo a importância de reprogramar corretamente a avaliação do risco de UPP e de levantar o diagnóstico sempre associado à avaliação do *Score*. Relativamente à segunda questão avaliada nas Consultas, o aumento do rácio enfermeiro/doente seria uma estratégia para diminuir a sobrecarga de trabalho da equipa, e consequentemente podermos efetuar a primeira avaliação do risco de UPP no *timing* preconizado, todavia, a mesma não se encontra na esfera das nossas competências. No que respeita às Instalações das salas de sessões, e para garantir uma melhoria das condições, poderemos recorrer à Sala de Sessões do CH, que na altura das nossas sessões apenas estava disponível num dos dias.

Como sugestões de alteração no *SClínico*, contactaremos os parametrizadores no sentido de verificarmos a viabilidade da inclusão do Registo do *Score* da Escala de *Braden* na Avaliação Inicial de Enfermagem, já identificado anteriormente como problema parcelar aquando da etapa diagnóstica. Também a inclusão dos descritores de cada subescala no sistema facilitaria o preenchimento da Escala em si, esclarecendo eventuais questões aquando da sua seleção, pelo que o iremos propor. Por fim, como última sugestão, e para que não houvesse possibilidade do não preenchimento de alguma subescala, o sistema deveria inviabilizar a conclusão da intervenção sem a mesma estar completa.

Através destas estratégias e sugestões, demonstramos novamente o nosso intento de acompanhar o Projeto *à posteriori*.

Quanto aos aspetos que há *priori* poderiam ser considerados constrangedores, como a mudança de chefia, tal revelou-se facilitador da continuidade de todo o processo, pois através da integração da atual Sra. Enf^a Chefe no PIS conseguimos a sua colaboração e incentivo, como já referimos, acolhendo o projeto de forma positiva e bastante motivada. Relativamente à adesão da equipa às sessões formativas, as nossas expectativas foram superadas em larga escala, o que poderá ser justificado pelas mesmas terem sido incluídas

na Formação em Serviço, e pela maioria dos elementos estar escalada de serviço nesses períodos, sendo que aos que não estavam foi contabilizado o tempo em bolsa de horas, estratégia esta que não havíamos contemplado, dada a escassez de recursos humanos.

Agora de uma forma global, e para verificarmos a consecução de todos os objetivos definidos inicialmente aquando do planeamento, seguimos o método de verificação proposto por NUNES *et al* (2010) e elaborámos um Quadro (Quadro 1) no qual validámos os mesmos, sustentando assim o sucesso da implementação do projeto, uma vez que todos os indicadores de avaliação definidos foram cumpridos, ainda que alguns tivessem sido alterados aquando da execução, como a substituição do *Dossier* pela Pasta partilhada na *Intranet* e a realização do artigo científico sobre a MTP ao invés da Revisão Sistemática.

Objetivo Específico	Indicador de Avaliação	Atingido	
		Sim	Não
Realizar formação à equipa de Enfermagem do SCG, relativamente à correta implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClínico</i>	Apresenta Planeamento da Sessão formativa	×	
	Apresenta Cartaz de divulgação das sessões formativas	×	
	Apresenta material de apoio às sessões formativas, em <i>PowerPoint</i> [®]	×	
	Apresenta Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem em <i>SClínico</i> , sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo	×	
	Apresenta Cartões de Bolso com informação sobre a implementação da Escala e respetivo registo	×	
	Apresenta Pasta partilhada no Computador: materiais desenvolvidos + NOC	×	
	Apresenta sessão de formação efetuada à equipa de enfermagem, garantindo que quem não assistiu à formação tem acesso à informação. Tal foi avaliado com recurso às seguintes fórmulas: a) (nº enfermeiros presentes na formação/nº total enfermeiros do Serviço (ativos - promotor)) x 100; b) (nº enfermeiros a quem se distribuiu a documentação/nº total enfermeiros do Serviço (ativos - promotor)) x 100	×	
	Apresenta relatório com o resultado da avaliação das sessões de formação	×	
Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de <i>Braden</i>	Apresenta Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem em <i>SClínico</i> , sobre a implementação da Escala e respetivo registo	×	
	Apresenta Cartões de Bolso com informação sobre a implementação da Escala e respetivo registo	×	
	Apresenta Pasta partilhada no Computador: materiais desenvolvidos + NOC	×	
Promover a otimização dos registos em <i>SClínico</i> , acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP	Apresenta Planeamento da Sessão formativa	×	
	Apresenta Cartaz de divulgação das sessões formativas	×	
	Apresenta material de apoio às sessões formativas, em <i>PowerPoint</i> [®]	×	
	Apresenta Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem em <i>SClínico</i> , sobre a implementação da Escala e respetivo registo	×	
	Apresenta Cartões de Bolso com informação sobre a implementação da Escala e respetivo registo	×	
	Apresenta Pasta partilhada no Computador: materiais desenvolvidos + NOC	×	
	Apresenta sessão de formação efetuada/disseminada a toda a equipa de enfermagem	×	
	Apresenta relatório com o resultado da avaliação das sessões de formação	×	
	Apresenta aumento dos índices relativos aos vários parâmetros avaliados, obtidos nas Consultas aos Processos de Enfermagem em <i>SClínico</i> após formação, comparativamente com os índices obtidos na etapa diagnóstica do Projeto, com		

Avaliar a implementação do Projeto	recurso às seguintes fórmulas:		
	a) $(\text{n}^\circ \text{ Processos consultados em que se levantou como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da "Escala de Braden"} \text{ aquando da admissão da pessoa no serviço} / \text{n}^\circ \text{ Total Pessoas Internadas}) \times 100;$	×	
	b) $(\text{n}^\circ \text{ Processos consultados que apresentem o risco de UPP avaliado nas primeiras 6 horas após a admissão da pessoa} / \text{n}^\circ \text{ Total Pessoas Internadas}) \times 100;$	×	
	c) $(\text{n}^\circ \text{ Processos consultados que apresentem levantado o diagnóstico de UPP aquando da admissão} / \text{n}^\circ \text{ Total Pessoas Internadas}) \times 100;$	×	
	d) $(\text{n}^\circ \text{ Processos consultados que apresentem, na admissão, e mediante o Score de avaliação do risco de UPP, o diagnóstico de UPP corretamente levantado} / \text{n}^\circ \text{ Total Pessoas Internadas}) \times 100;$	×	
	e) $(\text{n}^\circ \text{ Processos consultados que apresentem corretamente programada a reavaliação do risco de UPP} / \text{n}^\circ \text{ Total Pessoas Internadas}) \times 100.$	×	
	Apresenta tratamento e análise dos dados obtidos através das Consultas dos Processos de Enfermagem em <i>SClínico</i> , no Relatório de Trabalho de Projeto.	×	
	Apresenta artigo científico para divulgação do PIS, em apêndice ao Relatório		

Quadro 1- Validação dos Indicadores de Avaliação dos Objetivos Específicos do PIS

Pese embora o facto da avaliação possuir um cariz objetivo e rigoroso, como referido por NOGUEIRA (2005), não podemos deixar de mencionar alguns aspetos como a nossa satisfação com a realização de um Projeto desta natureza, e o facto de com ele termos conseguido contribuir para a melhoria da *praxis*.

Acarretando-nos um acréscimo significativo de trabalho, o mesmo revelou-se bastante profícuo, tendo a proatividade e motivação para a realização do mesmo sido aspetos bastante facilitadores. Também o interesse pela área em estudo, bem como a sua pertinência, conduziram ao apoio incondicional por parte dos demais envolvidos no Projeto, facilitando a consecução dos indicadores de avaliação dos objetivos inicialmente delineados. A metodologia em si revelou-se igualmente facilitadora do processo e adequada ao problema, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria da qualidade e segurança dos serviços prestados, como referem NUNES *et al* (2010). Como aspeto mais dificultador, referimos a difícil gestão do tempo, que ainda assim foi um pouco facilitada pela existência de um cronograma prévio, norteador dos *timing's* a cumprir. Da análise do mesmo (Apêndice VII) verificamos que os tempos reais corresponderam aos previstos, com exceção do tratamento de dados relativo à avaliação das formações e das Consultas aos Processos de Enfermagem após formação, que se estendeu um pouco mais que o planeado.

Ao longo deste subcapítulo fomos também fazendo uma reflexão sobre os ajustes que poderão ser feitos após o Projeto, a nível de percursos alternativos ou estratégias, para melhorar a qualidade deste e dos seus resultados, como referido por NOGUEIRA (2005).

Bem sabemos que “*Os desejos não passam de castelos no ar se não se traduzirem em ação*”, como referiram LEITE, MALPIQUE e SANTOS (1993, p.17). Por isso, para contribuirmos para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas no SCG, a nível da prevenção das UPP, a correta implementação da Escala de *Braden* e o respetivo registo, apesar de poderem à *priori* ser considerados um pequeno passo, são fulcrais, pois facilitam a identificação precoce das pessoas em risco, o que inevitavelmente conduz à obtenção de ganhos em saúde, principalmente ao nível da qualidade de vida destas e seus cuidadores, já que as UPP são um problema de saúde pública, responsáveis por repercussões socioeconómicas e pessoais importantes, muitas vezes imensuráveis, como temos vindo a referir. Deste modo, consideramos ter sido um vetor de mudança da *praxis*, enaltecendo a importância das intervenções autónomas dos enfermeiros, enquanto profissionais cuja complexidade e responsabilidade profissional requerem desenvolvimento contínuo, como referido por BENNER (2001).

A ancoragem na Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, revelou-se pertinente e adequada durante todo o percurso, dada a sua visão holística do cuidar em enfermagem, promotora de uma prática centrada nas necessidades das pessoas, de forma individualizada e holística, evidenciando a importância do recurso às medidas de conforto como garantia da satisfação destas (DOWD, 2004), o que vai de encontro ao objetivo geral deste Projeto.

A nível de Projetos futuros, e como descrito na literatura por NOGUEIRA (2005), realçamos que a realização do presente PIS permitiu a identificação de algumas temáticas de análise, como por exemplo, a necessidade de aquisição de superfícies de apoio para prevenção de UPP. O facto de termos um conhecimento prévio da metodologia em si será certamente promotor de uma melhoria, implicando menor dispêndio na sua abordagem concetual. Por sua vez, o interesse em intervir na mesma área permitirá uma continuidade da melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da Prevenção das UPP, já que estas são um problema multidimensional (FERREIRA *et al*, 2007).

Dando por concluída a etapa da avaliação do PIS, passamos à última etapa da MTP, a divulgação dos resultados.

2.6. Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados obtidos após implementação de um Projeto, sendo a última etapa desta metodologia, revela igualmente ser uma etapa extremamente importante,

na medida em que os mesmos só terão utilidade e eco na comunidade científica e sociedade em geral após a sua difusão, como refere FORTIN (2003).

Tem como propósito demonstrar a pertinência do Projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema, assumindo um papel fulcral no desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo concomitantemente um dever ético do investigador, segundo NUNES *et al* (2010).

De entre os vários recursos e meios disponíveis para divulgar os resultados do PIS, e de acordo com os citados por SCHIEFER *et al* (2006), mencionamos alguns deles, como a elaboração de um artigo científico sobre a MTP (Apêndice XVI), concebido para posterior publicação em revista científica, tornando-se numa ótima forma de divulgação.

Também a elaboração do presente Relatório de Trabalho de Projeto visa a difusão deste, que após apreciação e discussão pública, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre, será alvo de publicação no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Bibliotecas.

Aproveitaremos ainda oportunidades de divulgação do PIS com apresentações em formato de *Poster* ou Comunicação Livre, em Congressos/Seminários, cujo tema do Projeto se enquadre nas temáticas do mesmo.

Para além do referido, fomos efetuando a sua divulgação no seio da equipa de enfermagem do SCG, ao longo das suas variadas etapas, para dinamizar a sua implementação, como temos vindo a mencionar.

Para finalizar, e também como estratégia a implementar para melhorar continuamente os índices obtidos através das Consultas dos Processos de Enfermagem, como anteriormente referimos, tencionamos efetuar uma apresentação dos resultados finais à equipa, numa sessão formativa, como forma de demonstrar os ganhos obtidos com o PIS e os aspetos nos quais ainda podemos progredir.

Terminada a apresentação de todas as etapas da MTP, importa agora refletirmos sobre alguns aspetos éticos, relacionados com a conceção de um PIS.

2.7. Considerações Éticas

Na construção de um projeto como este, em que profissionais e Instituições estão envolvidos, bem como as pessoas às quais prestamos cuidados, existem aspetos sobre os quais devemos refletir. Assim, e de acordo com FORTIN, “*A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas*

situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na perseguição da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano” (2003, p. 113).

Posto isto, importa mencionarmos novamente que, durante todo o projeto, desde a sua etapa diagnóstica, cumprimos os princípios éticos e deontológicos inerentes a este tipo de trabalho, nomeadamente no que se refere ao respeito pelo sigilo e anonimato das fontes, salvaguarda dos participantes e consentimento informado.

Desde logo, e para que o mestrando possa estagiar num determinado contexto, a ESS efetua um pedido para a sua realização à respetiva Instituição onde este irá decorrer, e na qual é solicitada autorização para desenvolvimento de um PIS, no âmbito dos Estágios. Porém, e após definição do tema do Projeto e seus objetivos, a pedido do CH, efetuámos formalmente um pedido de autorização à Direção de Enfermagem para realização do PIS e Consulta de Processos de Enfermagem, como referido anteriormente, ao qual obtivemos parecer favorável, com sugestões que tivemos em consideração, como a realização das Consultas aos Processos sob supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem do SCG, e a inclusão da formação em contexto de Formação em Serviço (Anexo II).

Concomitantemente a estas questões, durante todo o trabalho, e de acordo com as orientações fornecidas por NUNES (2013), ponderámos também outros aspetos éticos, nomeadamente: formulação do problema, referenciação, formalização do estudo, relação com os participantes, apresentação dos dados, e, construção do trabalho global, omitindo-se dados identificativos das pessoas e/ou instituições envolvidas.

Concluída a reflexão sobre os aspetos éticos, apresentamos uma breve reflexão sobre a MTP.

2.8. Reflexão sobre a Metodologia

Com a utilização da MTP tivemos oportunidade de verificar que a mesma é bastante vantajosa e aplicável em contexto prático, existindo um paralelismo entre esta e o Processo de Enfermagem, pois em ambas se efetua uma apreciação inicial, um diagnóstico, seguido de um planeamento, implementação do plano, e avaliação.

Não sendo uma metodologia de investigação, assenta nas suas linhas orientadoras, a nível da Investigação-Ação, com um carácter longitudinal, sendo a metodologia anteriormente referida das que “(...) *melhor contribuem para dar uma consistência*

científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros” (OE, 2006^a, p.1).

A MTP conduziu à elaboração de um PIS, o qual pretendeu responder aos princípios definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), nomeadamente no que diz respeito à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos, com recurso à reflexão sobre o exercício profissional dos Enfermeiros.

Assim, e de acordo com os enunciados descritivos, com o desenvolvimento do Projeto pretendemos ir ao encontro da satisfação da pessoa, atendendo à sua individualidade, procurámos promover a saúde, no sentido em que identificámos uma situação passível de intervenção, que certamente influenciará as taxas de incidência / prevalência de UPP, prevenindo assim complicações, mais concretamente, as UPP. No que respeita ao bem-estar e autocuidado, prevenindo este tipo de feridas, promovemos uma melhoria da qualidade de vida da pessoa e seus cuidadores. Relativamente à contribuição para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, com o PIS ambicionámos, e de acordo com o quadro de referência exposto no capítulo antecedente – teoria do conforto – melhorar a *praxis* dos Enfermeiros no que concerne à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da correta aplicação da Escala de *Braden* e respetivo registo, com recurso ao *SClínico*, promovendo assim, e em última instância, uma melhoria contínua dos cuidados prestados às pessoas internadas no SCG, no âmbito das UPP. Relembramos ainda o facto desta área de intervenção estar inserida no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade do CH, sendo considerado um indicador de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, apesar de ser um problema de natureza multifatorial.

A nível mais macro, enquadra-se numa das áreas prioritárias para a investigação em Enfermagem em Portugal, definidas pela Comissão de Formação da OE, mais especificamente ao nível da Qualidade dos cuidados de enfermagem, porém, e de forma cumulativa, também se inscreve na área da segurança dos clientes (OE, 2010).

Finalizada a apresentação do PIS, e após reflexão sobre as considerações éticas e a própria MTP, passamos à análise crítica sobre o desenvolvimento de competências do EE ao longo do curso de MEMC.

3. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Apresentamos neste capítulo uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do EE, mais concretamente, as comuns a qualquer Especialista, e as específicas do EEEMC, desenvolvidas ao longo do Estágio I, II e III, bem como em contexto letivo. Abordamos especificamente a área de Especialidade Médico-Cirúrgica, visto sermos mestrandos nesta, como referido anteriormente.

Todavia, não poderíamos dar início a esta análise sem antes recordar alguns conceitos, como o de competência e o de EE. Começamos então por referir que, e de acordo com BOTERF (2003), as competências não são inatas, mas antes adquiridas e desenvolvidas, melhoradas ao longo do tempo e na ação. Como tal, o processo de desenvolvimento de competências dos Enfermeiros é uma preocupação constante em todo o seu processo formativo, com vista a um exercício profissional de excelência. De acordo com BENNER (2001), e seguindo esta o modelo de aquisição de competências de Dreyfus aplicado à Enfermagem, o Enfermeiro percorre cinco estados de desenvolvimento aquando da aquisição de competências - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito -, e a transição entre estes níveis pressupõe o aperfeiçoamento das atuações, mediante a experiência e o domínio. Por sua vez, NUNES refere que perito é o profissional que, *“(...) na sua esfera de ação, detém reconhecidos saberes e é escutado por outros, pares ou não, profissionais ou não.”* (2010, p.8).

Quanto ao conceito de EE, de acordo com a OE, no Regulamento nº 122/2011 (2011^o), Especialista é um título profissional, pós-licenciatura, conferido por esta ao Enfermeiro que possua um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico de enfermagem, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, decorrendo estas competências clínicas especializadas do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Assim, e segundo o Regulamento, qualquer que seja a área de especialidade, todos os EE partilham de um grupo de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Por sua vez, de acordo com a área de especialização, estão definidos um conjunto de competências específicas, em regulamento próprio.

Da união destas e respetivos enquadramentos reguladores surge a certificação de competências clínicas especializadas, que asseguram que o EE possui um conjunto de

conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da *praxis*, permitindo-lhe ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (*Idem*).

Passamos seguidamente à análise das CCEE, e posteriormente às Específicas.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Importa mencionarmos primeiramente o conceito de Competências Comuns, definido pela OE, no Regulamento nº 122/2011 (2011^o), como sendo aquelas que, partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, são passíveis de ser demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo à prática profissional especializada, no domínio da formação, investigação e assessoria. Foram então definidos quatro domínios de Competências: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e, Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Frequentando nós o Curso de MEMC, está implícita a necessidade de aquisição e desenvolvimento das competências supramencionadas. Por sua vez, o trabalho desenvolvido no PIS, anteriormente abordado, segundo a MTP, pressupõe por si só o desenvolvimento das referidas competências, porém, abordaremos especificamente cada um dos domínios, refletindo também sobre as atividades que no decorrer dos Estágios deram o seu contributo para este aperfeiçoamento, tal como as UC's do plano de estudos.

No que concerne ao primeiro domínio, **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, e de acordo com o Regulamento, este compreende duas competências: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2011^o).

Relativamente a este domínio, referimos a importância dos aportes teóricos lecionados na UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem (FBDE), na UT de Supervisão Clínica e das Questões Éticas em Cuidados Emergentes, revelando-se como uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, permitindo uma maior sensibilidade e aplicabilidade a determinadas questões da *praxis*. Denote-se a importância da capacidade de análise e adequação da ética e deontologia, bem como da epistemologia, às diferentes problemáticas do dia a dia, de forma a prestar cuidados seguros, dotados da componente ética tão importante e distintiva da profissão.

Deste modo, e tendo também por base os documentos enquadradores da profissão e legislação em vigor, como é o caso do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), de entre outros, podemos afirmar que a nossa conduta profissional assentou nestes princípios, respeitando a pessoa/família na sua idiossincrasia, nunca esquecendo as normas deontológicas e leis que regem a profissão, como referido no Artigo 79.º do CDE (OE, 2009), uma vez que a ética e a prática clínica são indissociáveis.

No que concerne à realização do PIS, existiu desde o seu início um compromisso efetivo com o cumprimento dos princípios ético-deontológicos, em toda e qualquer etapa do mesmo. Aquando do diagnóstico de situação, foi necessário conhecer as necessidades da população e comunidade onde nos encontrávamos inseridos, como vem referido na alínea a) do Artigo 80.º do CDE (OE, 2009). Respeitámos o Artigo 5.º do REPE (OE, 2012), no que se refere à utilização de uma metodologia científica, neste caso concreto, a MTP, em paralelismo com o Processo de Enfermagem. Respeitámos o Dever de Sigilo, conforme preconizado no Artigo 85.º do CDE (OE, 2009), pois garantimos o sigilo e anonimato das fontes, salvaguardando os participantes. Para além disto, e como já referimos no capítulo precedente, pedimos ainda autorização à Direção de Enfermagem para a realização do PIS, bem como para a Consulta dos Processos de Enfermagem.

Por fim, e atendendo ao tema do Projeto em si – *Prevenção de UPP: avaliação do risco* – consideramos que a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos no âmbito deste domínio específico se traduziu numa mais-valia para um exercício profissional de excelência, visto com este termos dado um contributo válido para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, pois é responsabilidade dos profissionais promover e salvaguardar a segurança das pessoas, reduzir os riscos e prevenir efeitos adversos (OE, 2006^b), e ainda mais porque está comprovado que a grande maioria das UPP são evitáveis, através da identificação precoce do grau de risco, como já referido.

Antes de passarmos ao próximo domínio, referimos ainda a importância da presença desta competência em articulação com o PAC, como veremos mais adiante.

Abordando agora o domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade**, segundo o Regulamento nº 122/2011 (2011^c), este subdivide-se em três competências: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Também neste domínio referimos a relevância dos conteúdos abordados em diversas UC's, como a de Enfermagem, GPR, Ambientes em Saúde, e Investigação, pela aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e pelos momentos de reflexão proporcionados, indispensáveis ao contínuo processo de melhoria da qualidade dos cuidados, que se constitui como um imperativo nacional.

Atualmente as instituições de saúde têm como missão a promoção e transmissão de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, tendo esta sido definida pelo Departamento da Qualidade na Saúde, na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DESPACHO nº 14223/2009). Foram então definidas uma série de prioridades estratégicas e de ações, de entre as quais destacamos as seguintes, por estarem diretamente relacionadas com o PIS: difundir NOC's a nível organizacional; estabelecer um sistema de indicadores de qualidade a nível nacional; construir um sistema nacional de registo de incidentes e de acontecimentos adversos; fomentar a segurança da pessoa através de normas de procedimento que previnam equívocos do foro clínico, cirúrgico e terapêutico.

Assim, e relacionando este domínio das CCEE com o PIS, e dado as UPP serem consideradas um indicador de qualidade dos cuidados, tivemos como objetivo geral - Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num SCG, no âmbito da Prevenção das UPP, o que por si só justifica o desenvolvimento destas competências, na medida em que, enquanto dinamizadores, concebemos e gerimos um Projeto de melhoria contínua da qualidade, inserido nas iniciativas estratégicas do CH, na área da governação clínica.

Com este Projeto não pretendemos de todo, e como referiu MEZOMO (2001), identificar culpados pelo facto de não estar implementada a NOC no SCG, onde realizámos o PIS, mas sim identificar oportunidades de melhoria, com vista à resolução do problema, já que a prevenção das UPP foi consagrada como um direito universal, e este evento adverso se torna numa ameaça à segurança das pessoas, segundo a DECLARAÇÃO DO RIO DE JANEIRO (2011). Deste modo, também através do PIS consideramos ter dado um contributo para a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

Relativamente à *praxis* diária, promovemos proactivamente um ambiente físico, psicossociocultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa, gerindo os riscos inerentes à prestação de cuidados, condições estas imprescindíveis para a efetividade terapêutica e prevenção de incidentes, como referido nas últimas unidades de competência. Realizámos atividades como a verificação do ventilador, malas de transporte e carro de

emergência, que se inscrevem no plano de manutenção de materiais e equipamentos, garantindo uma prestação de cuidados seguros. Colaborámos em auditorias no âmbito do controlo de infeção, realizámos sessões de sensibilização às visitas e *Posters*, atividades que aprofundaremos no subcapítulo seguinte.

No que respeita ao domínio da **Gestão dos Cuidados**, e conforme o Regulamento, este ramifica-se em duas competências: Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (OE, 2011^o).

Relatamos igualmente aqui o contributo dos conteúdos abordados em UT's como a Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, a Supervisão de Cuidados e a UC de GPR, dotando-nos de ferramentas que nos capacitaram para uma gestão mais eficaz dos cuidados, não descurando a qualidade dos mesmo. Permitiram ainda a utilização de ferramentas de diagnóstico de gestão, nomeadamente a aplicação da SWOT no PIS, por forma a analisar pormenorizada e cautelosamente a pertinência/relevância dos problemas diagnosticados, facilitando a avaliação da viabilidade do Projeto.

A *praxis* diária, no decorrer dos Estágios, requereu uma eficaz gestão dos cuidados, implicando uma otimização do processo ao nível da tomada de decisão e inevitavelmente uma orientação e supervisão das tarefas delegadas, por forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, pois não trabalhamos de forma isolada mas sim em equipa. Pressupôs uma otimização dos recursos às necessidades de cuidados, oferecendo assim cuidados equitativos, procurando a máxima satisfação da pessoa e sua família.

Foi-nos também possível verificar níveis e validades de produtos em *stock* na enfermaria/UCIC, efetuar pedidos de reposição e devolução de produtos à farmácia e armazém, de entre outros, atividades consideradas pertinentes porque apesar de não estarem diretamente ligadas à Gestão de Cuidados, influenciam-na, pois caso não estejam assegurados os recursos materiais, não podemos prestar determinados cuidados. Daí a importância de uma adequada gestão dos recursos, quer humanos, quer materiais. A verificação periódica do ventilador, do carro de emergência e do desfibrilhador, tal como referimos anteriormente, são atividades que garantem o bom funcionamento do material, permitindo aos profissionais atuar com segurança e prontidão em situações urgentes.

Confrontando este domínio com o PIS, considerámos importante a capacidade de gestão dos recursos (humanos e materiais) disponíveis, para o sucesso do mesmo,

relembrando o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Através de uma adequada intervenção no seio da equipa de enfermagem promovemos a sua adesão ao Projeto, demonstrando simultaneamente e de forma motivadora, os benefícios que este traria, sem implicar um grande acréscimo de trabalho.

Finalmente, resta-nos abordar o domínio das **Aprendizagens Profissionais**, subdividido em duas competências: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011^c).

UC's como a de Investigação revelaram grande utilidade, relembrando a importância da sua utilização no contínuo desenvolvimento da profissão. A UT de Enquadramento conceptual de EMC também foi bastante facilitadora do nosso desenvolvimento, dando o seu grande contributo para a moldura teórica apresentada no presente Relatório. Conjuntamente, a UC de Enfermagem favoreceu o desenvolvimento deste domínio, atribuindo um papel fulcral à Formação Contínua, para podermos basear a *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, razão pela qual frequentamos o presente Curso, tal como outras formações ao longo do percurso profissional, sempre com o intuito de melhorar o exercício profissional. Por sua vez, o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade decorreu essencialmente na *praxis*, facilitando o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

O presente domínio das CCEE também está diretamente relacionado com a MTP, e por consequência com o PIS. Um projeto desta natureza implica uma série de etapas, desenvolvidas no capítulo anterior, que no seu todo requerem um processo de aprendizagem de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, com vista à resolução de um problema real, onde as tomadas de decisão e intervenções se basearam em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes. Envolveu a formação da equipa de enfermagem, onde assumimos o papel de elemento facilitador da aprendizagem dos pares. Esta metodologia, e de acordo com NUNES *et al*, traduz-se na ponte entre a teoria e a prática, pois ancora-se no conhecimento teórico para posterior aplicação na prática (2010).

Já na etapa de avaliação do PIS, e porque aos profissionais de enfermagem lhes é exigido uma atualização permanente dos conhecimentos, com recurso a grande investimento pessoal no decorrer do seu exercício, para utilizarem adequadamente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, mencionada na alínea c) do Artigo 88.º do CDE (OE, 2009), tivemos oportunidade de

frequentar o *Curso de Prevenção e Tratamento de UPP* promovido pelo CH, que teve por objetivo *major* a implementação de boas práticas nesta área. Anteriormente havíamos assistido a uma formação sobre *Promover a Segurança e Gestão do Risco – acrescentar Prevenção e Melhorar atuação na queda do doente*, para uniformização das práticas.

Posto isto, e de acordo com BENNER (2001), a aprendizagem ao longo da vida é indispensável, porque os Enfermeiros são profissionais cuja complexidade e responsabilidade profissional requerem desenvolvimento contínuo e a longo termo, como referimos anteriormente.

Dando por terminada a análise crítica do desenvolvimento das CCEE, passamos a apresentar a análise das Competências Específicas do EE em EMC.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Tal como anteriormente, iniciamos o presente subcapítulo com a definição de Competências Específicas do EE, de acordo com a OE, no Regulamento nº 122/2011 (2011^c): são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados prestados às reais necessidades de saúde das pessoas, acrescidas ao perfil de competências comuns do EE.

Deste modo, e atendendo ao definido pela OE no REPE – Artigo 7.º (2012), ao EE é reconhecida competência técnica, científica e humana, para prestar cuidados de enfermagem especializados, numa determinada área específica, para além dos cuidados gerais. Cada área de Especialidade tem sua Mesa do Colégio de Especialidade, sendo o Colégio da Especialidade de EMC o órgão profissional constituído por todos os membros da OE que detenham o título profissional de EEEMC. A este Colégio compete, e de acordo com o previsto no nº 4 do Artigo 31.º-A do Estatuto da OE, de entre outras, a definição das competências específicas da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, assim como a definição dos respetivos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem especializados (OE, 2011^a; 2013^a).

Passamos agora a analisar reflexivamente o nosso PAC, tendo como referencial as Competências supramencionadas, com vista ao seu desenvolvimento, aquisição e aprofundamento. Descrevemos as áreas em que intervimos ao longo dos Estágios, mediante prévio diagnóstico de necessidades, bem como a forma como as desenvolvemos.

3.2.1. Pessoa em Situação Crítica

De acordo com o Regulamento nº 124/2011 (OE, 2011^d), pessoa em situação crítica é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Foi então definido um perfil de competências específicas do EE em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), do qual surgiram 3 Competências.

Analisando a primeira, **K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, importa recordarmos o seu descritivo, onde é referido que o EE mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder atempadamente e de forma holística, tendo em consideração a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica, assim como à sua família (OE, 2011^d).

No SCG, onde decorreram os Estágios, prestámos cuidados a pessoas com múltiplas patologias do foro Cirúrgico, no período pré e pós-operatório, mas não só. Prestámos também cuidados a pessoas do foro Oncológico, Ortopédico, Ginecológico e Urológico (estas três últimas geralmente no pós-operatório imediato, por necessitarem de maior vigilância são transferidas para a UCIC, até estabilização do seu estado). Porém, e também devido à elevada faixa etária das pessoas internadas, muitas são as comorbilidades associadas, o que frequentemente conduz ao desenvolvimento de quadros complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, exigindo uma prestação de cuidados complexos.

Perante quadros desta natureza, as pessoas são transferidas para a UCIC, unidade integrada no SCG, onde prestámos cuidados durante os Estágios, por forma a aprofundar/desenvolver competências neste âmbito. Aqui as pessoas internadas apresentam maior complexidade e instabilidade hemodinâmica, não só resultantes da complexidade do diagnóstico de admissão, agravamento do mesmo, complicações da intervenção cirúrgica, como também da descompensação de patologias de base. Vários são os casos em que a instabilidade das pessoas é de tal ordem, que a vigilância e monitorização contínua são indispensáveis, havendo oportunidade de detetar focos possivelmente precedentes a uma maior instabilidade, com frequente necessidade de intervenções urgentes/emergentes, por vezes em colaboração com a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, sendo por isto considerados cuidados diferenciados, onde uma atuação especializada é essencial. A gestão do plano terapêutico mediante as complicações que vão surgindo é fundamental, assim

como a gestão diferenciada da dor, proporcionadora de um maior bem-estar à pessoa em situação crítica. A par disto, não poderemos esquecer o envolvimento da família/pessoa significativa em todo o processo.

Regressando à questão da gestão diferenciada da dor, importa mencionarmos que, sendo um Serviço Cirúrgico, ainda que a pessoa a quem prestamos cuidados nem sempre esteja a vivenciar um processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica, impera a necessidade de intervenção nesta área, no período pré e pós-operatório, pelo que o desenvolvimento desta unidade de competência é extremamente importante. Infelizmente a dor foi algo bem presente no nosso dia a dia, pois a maioria das pessoas internadas padece de dor, quer seja ela aguda ou crónica. Na atualidade, e apesar de ser considerada o 5º Sinal Vital, ainda é muitas vezes subvalorizada, havendo muito a investir nesta área, visto o controlo da dor ser um dever dos profissionais de saúde, e um direito das pessoas que dela padecem (DGS, 2003). Cuidar a dor alheia será certamente proporcionador de conforto, humanizando assim os cuidados de enfermagem, pelo que a nossa intervenção diária foi efetuada nesse sentido, tendo por base os princípios orientadores descritos no Guia Orientador de Boa Prática e no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, emanados pela OE (2008) e pela DGS (2013), respetivamente.

Tivemos oportunidade de conhecer e aplicar pela primeira vez a National Early Warning Scores - NEWS, uma escala de alerta precoce para identificação de pessoas em situação crítica, após frequência de sessão formativa – *Aplicação do Sistema de Pontuação de Alerta Precoce: NEWS – Identificar precocemente o doente crítico para Melhorar o cuidado* - permitindo uma melhoria da prestação de cuidados em situação emergente, mas maioritariamente na antecipação da instabilidade e risco de falência multiorgânica. Esta ferramenta demonstrou grande utilidade, possibilitando uma avaliação objetiva e sistematizada, associada a um rigor técnico e científico na interpretação da deterioração do estado fisiológico das pessoas, conduzindo a uma resposta e transmissão de informações à equipa multidisciplinar, de uma forma eficaz, eficiente e objetiva.

A verificação do ventilador, malas de transporte e carro de emergência, foram, como já referimos, atividades desenvolvidas para assegurar o bom funcionamento do material, permitindo uma atuação segura em situações urgentes/emergentes.

A frequência da formação sobre *Cuidados de Enfermagem Imediatos à Pessoa submetida a Ventilação Invasiva: conhecer para melhor cuidar*, também se revelou importante, permitindo um *refresh* sobre a temática, porque apesar de habitualmente não

termos pessoas ventiladas na UCIC, tal já tem ocorrido anteriormente aos Estágios. O SCG possui um ventilador portátil, mas nem sempre é possível transferir de imediato a pessoa para a UCI, pelo que é extremamente pertinente possuir competências nesta área.

Assim, perante as unidades de competência associadas à Competência K1, e considerando a complexidade das situações de saúde supramencionadas, enquanto Estudantes do 3º MEMC tivemos oportunidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas, de forma a responder atempadamente e de forma holística, às necessidades das pessoas em situação de doença crítica e ou falência orgânica e sua família, às quais prestámos cuidados, não descurando as perturbações emocionais de ambos, decorrentes da própria situação, estabelecendo uma efetiva relação terapêutica e gerindo a comunicação interpessoal. Para tal, torna-se também importante mencionar o contributo dos aportes teóricos lecionados durante o curso, na UC de EMC I e II, nomeadamente nas seguintes UT's: Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família; Cuidados ao cliente com Falência Multiorgânica e com Múltiplos Sintomas; Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Dor (realizámos um trabalho académico sobre o Papel do Enfermeiro na Avaliação da Dor); Supervisão de Cuidados; Seminário de Peritos – Transplantação, Suporte Básico e Avançado de Vida, Trauma; Intervenções de Enfermagem ao Cliente em Situação de Urgência, Questões Éticas Emergentes em Situação Complexa. A referir ainda o grande contributo trazido através da articulação com a Companhia de Bombeiros Sapadores de Setúbal, possibilitando ampliar conhecimentos na área pré-hospitalar, e o facto de termos assistido à mesa intitulada “Intervenção à pessoa com dor: cuidados especializados”, apresentada no 1º Encontro de EMC da ESS/IPS.

Apesar de tudo isto, pretendíamos ter realizado Estágio de observação na UCI do CH, no Estágio III, pois como o próprio nome indica é um Serviço onde se prestam cuidados mais especializados e específicos, apenas a pessoas com doença crítica e/ou falência orgânica. Todavia, a autorização para a realização do mesmo foi tardia, pelo que já não tivemos oportunidade de o realizar. Consideramos porém que este facto não foi impeditivo do desenvolvimento/aprofundamento e consolidação de competências, dada a prestação direta de cuidados a pessoas em situação crítica na UCIC. Visto o CH dispor de uma Unidade Terapêutica de Dor, com consulta multidisciplinar, observar o seu funcionamento também teria sido bastante positivo para o nosso desenvolvimento, na medida que teríamos oportunidade de acompanhar a pessoa/família nesta área tão específica e ao mesmo tempo vital, em que a junção de esforços múltiplos será em última

instância proporcionadora de bem-estar. Contudo, e como anteriormente descrito para a UCI, o Estágio de Observação foi autorizado tardiamente, não tendo sido possível efetuarlo, sendo importante mencionarmos que o facto do SCG articular de forma direta e frequente com esta Unidade facilitou o desenvolvimento de competências nesta área.

Interessa ainda, e não com menor ponderação, referirmos que o PIS também nos permitiu aprofundar esta competência, na medida em que, ao desenvolvermos um Projeto na área das UPP, mais concretamente na sua prevenção, através da avaliação do risco de desenvolvimento, estamos a intervir de forma autónoma junto de uma população em risco de falência de uma ou mais funções vitais, onde a dor estará certamente presente, e que exige cuidados de enfermagem com avaliação e monitorização contínua, por forma a prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente, e em tempo útil. Deste modo, durante os Estágios, para além da realização de todas as etapas inerentes a um PIS, realizámos avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da aplicação da Escala de *Braden*, e efetuámos o respetivo registo em *SClínico*, pois através dos registos asseguramos a continuidade, coerência e qualidade dos cuidados, tal como vem referido no Artigo 83.º do CDE, alínea d) (OE, 2009). Corroboramos a ideia de que os registos são o testemunho escrito da prática de enfermagem, pelo que deverão ser rigorosos, completos e realizados de forma correta, pois através deles podemos dar visibilidade ao nosso desempenho, reforçando a autonomia e responsabilidade profissional (DIAS *et al.*, 2001).

Em jeito de conclusão, pelo exposto anteriormente, e de acordo com o Regulamento nº 124 (OE, 2011^d), consideramos ter prestado cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, cuidados estes altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, respondendo às necessidades afetadas, permitindo manter as funções vitais básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total do indivíduo.

No que respeita à Competência **K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação**, e de acordo com o seu descritivo, o EEEMC deve intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta, face à complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo, em situação crítica e ou risco de falência orgânica (OE, 2011^d).

Analizando retrospectivamente esta competência, a pesquisa bibliográfica e leitura dos procedimentos existentes no CH, nomeadamente o Plano de Emergência e Catástrofe, foi indispensável para a aquisição da mesma. Todavia, tal não bastou para o seu completo desenvolvimento, sendo necessárias outras atividades para irmos mais além da aquisição de conhecimentos, visto estas situações não formarem parte integrante da *praxis* diária.

Podemos afirmar ter sido possível o desenvolvimento desta competência no Estágio I e II, pois tivemos oportunidade de participar ativamente na execução de um simulacro, em contexto de inundação por rotura de um cano de água fria, realizado na UCIC (simulada), em que foi testado o Plano de Emergência Interno (PEI) em vigor, pela equipa multidisciplinar, onde dos figurantes não constava nenhuma das pessoas internadas. Fizemos parte integrante da Equipa de Evacuação tipo B, o que nos permitiu refletir sobre a atuação dos profissionais perante estas situações, valorizando e desenvolvendo grandemente esta competência específica do EEEMC. Este exercício de simulação possibilitou ainda praticar a adaptação de todo o Processo de Enfermagem a uma situação emergente, que exigiu evacuação, não descurando a relação com a pessoa em estado crítico. A referir que esta atividade foi planeada e organizada por colegas no âmbito da sua formação especializada (3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em EMC), sendo estes exercícios de extrema importância por permitirem um maior contacto com os Planos de Evacuação e as formas de atuação perante situações de catástrofe/emergência.

Posto isto, foi-nos possível dinamizar a resposta em situações de catástrofe ou emergência multivítima, após aprofundar conhecimentos sobre o Plano supramencionado, consultando ainda documentos e procedimentos internos da Instituição, apesar do planeamento do simulacro não ter sido elaborado por nós. Conseguimos, de forma eficaz, planear de imediato a resposta adequada perante uma situação de emergência multivítima, gerindo os cuidados a prestar às pessoas em situação crítica, no decorrer da evacuação, priorizando o transporte de cada uma, pelo que julgamos ter desenvolvido as unidades de competência relativas ao planeamento e gestão de cuidados. Identificámos oportunidades de melhoria de atuação e procedimentos, e algumas falhas, por exemplo, no que diz respeito à transferência das pessoas para o Serviço refúgio, pois estava estipulado a receção de duas pessoas na Sala de Tratamentos, onde supostamente estaria disponível uma rampa de oxigénio, o que na realidade não se verificou, havendo necessidade de transferir a pessoa que necessitava de oxigenoterapia para a enfermaria em frente.

No âmbito do PEI, é essencial que todos os profissionais que integram as equipas de emergência tenham consciência do seu papel, e um conhecimento efetivo das suas responsabilidades perante uma situação de emergência, assumindo-se o treino dos profissionais uma mais valia para melhorar os mecanismos de resposta, que se preveem ocorrer de forma organizada. A Comissão de Gestão do Risco do CH colaborou ativamente no simulacro, e desenvolve atividades, nomeadamente formativas, por forma a manter os profissionais da equipa multidisciplinar conscientes e o mais operacionais possível, diante este tipo de situações, porque um dia o “azar” pode bater-nos à porta.

Todos os intervenientes no simulacro demonstraram bastante agrado com a realização de exercícios deste género, onde pode ser verificada a atuação das equipas de emergência, bem como a sua prontidão, a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes num serviço de internamento, assim como o grau de eficácia das equipas multidisciplinares. Mais mencionamos que os profissionais do SCG não envolvidos no simulacro demonstraram interesse e disponibilidade para participar em ações similares, porque o treino permite identificar oportunidades de melhoria de atuação e procedimentos.

Ainda neste âmbito, realizámos (Estudantes do 3º MEMC a estagiar no SCG) um *Poster* (Apêndice XVII) de divulgação do exercício realizado, intitulado *Simulacro de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios: Intervenções Especializadas de Enfermagem*, onde narrámos a nossa experiência. O mesmo foi apresentado no 1º Encontro de EMC da ESS/IPS, após submissão e aprovação do resumo (Apêndice XVIII), com prévia autorização da Direção de Enfermagem para divulgação do exercício, assim como para a utilização das imagens. Neste encontro assistimos à Mesa relativa à “Intervenção em situação complexa: cuidados especializados – situação de catástrofe”, onde as apresentações também contribuíram para a reflexão e desenvolvimento de competências, com os temas: “Emergência e catástrofe: uma competência do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica”; “Plano Distrital de Emergência e Catástrofe”; e, “Situação de catástrofe: a intervenção do Instituto Nacional de Emergência Médica”.

A presença nas 2^{as} Jornadas de Enfermagem do CH de Setúbal possibilitou igualmente assistir a uma Mesa alusiva ao tema - “Pensar a catástrofe e a emergência interna”, onde contámos com apresentações que ampliaram o leque de conhecimentos neste campo de atuação do EE.

Por último, mas não com menor importância, há ainda a referir o contributo dos aportes teóricos lecionados na UC de EMC II, nomeadamente na UT de Seminário de

Peritos, onde foi abordada a temática da Catástrofe e do Trauma, sendo incluídas as situações de emergência multivítima e politraumatizados. Também aqui a articulação com a Companhia de Bombeiros Sapadores de Setúbal foi extremamente importante, pois para além de uma abordagem teórica sobre a temática, foram realizados dois exercícios neste âmbito - um cenário de explosão de um prédio, com multivítimas, havendo necessidade de evacuação, e um outro cenário, de colisão entre uma mota e um veículo ligeiro, estando envolvidas quatro vítimas, politraumatizadas, duas delas encarceradas. Estes exercícios, em estreita colaboração com os Sapadores, possibilitaram-nos planear, ainda que de forma fictícia, a resposta concreta ante situações de emergência multivítima ou catástrofe, gerir a equipa de forma sistematizada, assim como os cuidados a prestar, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta, face à complexidade das situações críticas inesperadas.

No que respeita à última Competência, **K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**, ao EEEMC compete responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, tendo em consideração o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2011^d).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem atualmente uma problemática a nível mundial, com grande impacto para as pessoas, familiares/cuidadores, profissionais e sociedade em geral, acarretando custos muito significativos e ao mesmo tempo desnecessários, sendo por isto consideradas um dos indicadores de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2007). São infeções adquiridas pelos indivíduos em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que poderão também afetar os profissionais de saúde, no exercício da sua atividade. Não sendo um problema novo, assumem particular relevância na pessoa em situação crítica, pois estes indivíduos têm o risco de infeção aumentado, pela panóplia de recursos a que estão sujeitos (*Idem*).

Aquando da prestação de cuidados, existem um conjunto de medidas que concorrem simultaneamente para a prevenção e controlo da transmissão cruzada de microrganismos, denominadas de Precauções Básicas do Controlo da Infeção, onde se

insere a higienização das mãos, considerada como uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre os doentes (DGS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde lançou em 2004 a Campanha de Higienização das Mãos, intitulada *Clean Care is Safer Care*, inserida na estratégia multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, como o primeiro desafio à segurança do doente. Portugal aderiu em 2008, com a Campanha *Medidas Simples Salvam Vidas*, tendo como objetivo *major* a prevenção e controlo das IACS e, indiretamente, o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2010).

Para sedimentar a intervenção na área da prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, primeiramente os profissionais têm que ser detentores de um vasto conjunto de conhecimentos, pelo que a leitura de documentação, como a constante na pasta setorial da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da Instituição onde estagiámos, disponibilizada na *Intranet* e num *Dossier* existente na Sala de Registos, foi essencial. Após esta leitura, e conjuntamente com a Sra. En^{fa} Orientadora, que desempenha cumulativamente o papel de elemento de ligação do SCG com a CCI, foi possível conhecer as intervenções e atividades desenvolvidas no referido Serviço, e identificar áreas de intervenção prioritárias.

Assim, e tal como havíamos planeado no Estágio I e II, realizámos no Estágio III, em coordenação com a Sra. En^{fa} da CCI e a Sra. En^{fa} Orientadora, algumas atividades que nos permitiram desenvolver as unidades de competência da Competência K3, nomeadamente, a colaboração em auditorias no âmbito do controlo de infeção, na área da higienização das mãos, pois o SCG é um dos Serviços aderentes à Campanha Nacional de Higiene das Mãos. Observámos então, em vários dias, os comportamentos dos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, relativamente à higienização das mãos, e entregámos os formulários de observação devidamente preenchidos na CCI, que posteriormente os analisará e dará *feedback* ao Serviço. Empiricamente verificámos que a maioria dos profissionais reconhece a importância deste ato, mas nem sempre o pratica, por diversas condicionantes, sendo a sobrecarga de trabalho a que referem *à priori*. Esta oportunidade constituiu-se como uma mais-valia, na medida em que a observação realizada nos fez refletir sobre a nossa conduta diária, e uma evidente necessidade de melhoria.

É consensual que as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos entre as pessoas, estando frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção (WILSON, 2003). No entanto, esta

transmissão também se verifica entre os próprios doentes. Neste contexto, a correta higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida, e simultaneamente a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção, integrada no conjunto das precauções básicas (DGS, 2010).

Face à importância de atuação nesta área, intervir ao nível da prevenção da transmissão das infeções continua a ser uma prioridade, não só juntos dos profissionais de saúde, como também das visitas, pelo que, tal como planeado anteriormente no Estágio I e II, e em conjunto com as colegas de Estágio do 3º MEMC, no Estágio III concebemos e posteriormente realizámos uma ação de sensibilização dirigida às visitas das pessoas internadas no SCG, sobre a importância da higienização das mãos.

A referida ação, após Planeamento (Apêndice XIX), foi intitulada *Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos*, e teve como principal objetivo sensibilizar as visitas sobre a importância da higienização das mãos, como uma medida simples de controlo de infeção. Foi desenvolvida em estreita colaboração com a Sra. Enfª e Docente Orientadoras, a Sra. Enfª Chefe, assim como com o Diretor do Departamento Cirúrgico, a Sra. Enfª da CCI, o SGF e a Direção de Enfermagem, que autorizaram e enalteciram atividades como esta. Mais mencionamos que toda a documentação produzida neste âmbito foi previamente avaliada e aprovada pelos elementos supracitados.

Abordámos as visitas no *Hall* de entrada do SCG, com uma abrangência total de 104 pessoas. No decorrer das intervenções, as visitas realizaram individualmente a higienização das mãos com recurso a um pó simulador de microrganismos e uma luz ultravioleta, que demonstrava a eficácia da técnica correta. Fomos captando algumas imagens, mediante prévia autorização individual, em minuta disponibilizada pelo CH (Anexo IV), e após termos pedido autorização à Direção de Enfermagem para a sua Captação, bem como para a aplicação dos Questionários de Avaliação (Apêndice XX). No final de cada abordagem entregámos o folheto informativo disponibilizado pela CCI (Anexo V), o que havíamos realizado especificamente sobre esta temática (Apêndice XXI), e aplicámos um pequeno questionário para avaliar a atividade (Apêndice XXII).

Os resultados foram bastantes satisfatórios, e as pessoas demonstraram bastante agrado face a esta iniciativa. De uma forma global e bastante resumida, a maioria das visitas compreendeu a importância da higienização das mãos aquando da realização da visita ao familiar/amigo, aprendeu a técnica e reconheceu a importância da mesma como medida preventiva de propagação de infeções, o que nos levou a atingir os objetivos a que

nos propusemos inicialmente. O facto da CCI ter proposto a divulgação do nosso folheto a nível institucional foi também demonstrador da relevância desta atividade.

Posteriormente produzimos um Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas, que o leitor poderá consultar em Apêndice para compreender melhor toda esta atividade (Apêndice XXIII), ressaltando-se o facto de lhe termos removido os seus apêndices, por já terem sido referenciados anteriormente. Tivemos como objetivo *major* divulgar os resultados obtidos com a realização da referida ação, e onde concluímos que com esta atividade contribuímos para o desenvolvimento da *Competência K3*, na medida em que, ao efetuarmos ensino às visitas da pessoa internada, por vezes em situações clínicas complexas, estamos de uma forma autónoma a maximizar a nossa intervenção a esse nível, contribuindo para a redução das IACS e simultaneamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados e da efetiva segurança das pessoas a quem estes são dirigidos.

Para além desta atividade, importa mencionarmos que no decorrer dos Estágios baseámos a nossa *praxis* tendo em consideração os princípios relacionados com a prevenção e controlo de infeção, aquando do cumprimento dos procedimentos estabelecidos, e na supervisão dos mesmos. Frequentámos uma sessão formativa sobre a *Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto*, realizada por uma colega do Mestrado, no âmbito do seu PIS, bastante importante na transmissão dos conhecimentos mais atualizados e conducente à reflexão sobre a ação.

Havíamos ainda planeado realizar Estágio de Observação na CCI, por forma a aprofundar/consolidar conhecimentos nesta área, que se pudessem traduzir numa mais-valia para a *praxis*. Todavia, e por motivos de ordem interna ao CH (recursos humanos insuficientes), o mesmo foi recusado, não tendo este facto interferido na eficaz articulação com a Sra. Enf^a da CCI, como se pode comprovar pelo descrito anteriormente.

Também neste domínio, os aportes teóricos fornecidos pelas respetivas UC, ministradas ao longo do curso, em muito contribuíram para o nosso desenvolvimento, permitindo uma maior sensibilização para determinadas áreas, e consequente reflexão, nomeadamente na UT de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Múltiplos Sintomas, onde foi abordado o Controlo de Infeção e realizámos uma apresentação multimédia relativa à Higienização das Mãos, e a UT de Supervisão de Cuidados.

Aquando da participação no Encontro de EMC da ESS/IPS supramencionado, bem como nas Jornadas de Enfermagem do CH de Setúbal, assistimos a mesas alusivas à “Intervenção em situação complexa: cuidados especializados – controlo de infeção” e ao

“Controlo de infeção: diferentes serviços os mesmos desafios”, respetivamente, que conduziram à reflexão sobre o papel do EE neste campo de atuação.

Por último, referimos que o nosso PIS concorre para o desenvolvimento desta competência, na medida em que, atuando de forma autónoma ao nível da prevenção das UPP, intervimos junto de uma população em risco de desenvolvimento de infeções, caso surjam as indesejáveis úlceras, feridas estas responsáveis por repercussões socioeconómicas e pessoais importantes, como temos vindo a referir.

Terminada a análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências específicas do EEPSC, e considerando que as mesmas foram ao encontro dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2011^a), apresentamos seguidamente a análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências específicas referentes ao EE em EPSCP.

3.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEPSCP (OE, 2011^b), a doença crónica é um termo abrangente, no qual estão incluídas as doenças prolongadas, frequentemente associadas a um grau de incapacidade variável, habitualmente de curso prolongado e progressão lenta, com potencial de compensação, implicando necessidade de adaptação a nível físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual. Os cuidados paliativos (CP) assentam no controlo da sintomatologia, no suporte psicológico, emocional e espiritual à pessoa e também à sua família, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica. O trabalho em equipa é fulcral, concorrendo para uma missão e objetivos comuns, sendo o alvo de intervenção a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida, tomando por base os seus projetos de saúde e os dos seus cuidadores, família, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento (*Idem*).

Foi então definido pelo Regulamento supramencionado um perfil de competências específicas do EEPSCP, a juntar ao perfil das competências comuns.

Antes de passarmos à análise propriamente dita, importa mencionarmos que, e no âmbito desta área de intervenção, o contributo das UC's lecionadas no decorrer do Mestrado também foi essencial, como na UT da Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem. Na UC de FBDE realizámos um trabalho sobre a Dignidade em Fim de Vida, e na UT de Cuidados de Enfermagem ao Cliente em Fim de Vida e da Espiritualidade e

Cuidados de Enfermagem, um Estudo de Caso. Tanto os trabalhos como aulas concorreram para o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, despertando os nossos sentidos para “coisas invisíveis”, que contribuíram para uma melhoria dos cuidados prestados à Pessoa em Fim de Vida e sua Família. Conseguimos abrir novos horizontes, olhar para a vida com “novos olhos”, e dar importância a pormenores deveras maiores.

Mencionamos novamente a pertinência da presença no 1º Encontro de EMC da ESS/IPS, que contou com uma mesa alusiva à “Intervenção em situação crónica e paliativa: bem-estar, conforto e qualidade de vida”, e conjuntamente a frequência da Ação de Formação promovida pelo CH, sobre a *Dignidade em Fim de Vida*, onde foi abordada a importância da Esperança nos CP e das questões éticas no decurso de todo o processo, também estas abordadas no Módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos.

Igualmente relevantes e norteadores da *praxis* diária foram, e continuarão a ser, os enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de EPSCP (OE, 2013^b), visando a qualidade do exercício profissional.

No que respeita à primeira Competência, **L5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida**, ao EEPSCP cabe identificar as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde da pessoa e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com o intuito de preservar a sua dignidade, maximizar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento (OE, 2011^b).

No SCG tivemos oportunidade de prestar cuidados a pessoas com múltiplas patologias e habitualmente elevada faixa etária, como referimos anteriormente, não estando excluídas as pessoas com doença crónica, que, por agravamento ou agudização da sua condição crónica de base, ou por doença terminal, necessitam de internamento, com o intuito de controlar essa agudização, a sintomatologia, ou mesmo paliar. O Serviço de Especialidades Cirúrgicas, onde se insere o internamento de Oncologia, não consegue muitas vezes dar resposta às inúmeras situações, pelo que algumas pessoas, pese embora o facto de não serem do foro cirúrgico, ficam internadas neste Serviço. São então cada vez mais frequentes os internamentos de pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal no SCG, diagnosticada previamente ou durante o próprio internamento.

Abordar a pessoa na sua idiossincrasia implica muito mais do que limitarmo-nos a “olhar” para o problema pelo qual ela foi internada, pois muitas vezes o diagnóstico de admissão é um, mas por detrás existem comorbilidades e problemas bem mais graves que este, causadores de grande sofrimento ao próprio e seus familiares/cuidadores.

Posto isto, o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, com vista a satisfazer as necessidades da pessoa, tendo em consideração a sua dignidade, promovendo o seu conforto e bem-estar, maximizando a sua qualidade de vida e diminuição do sofrimento, foram elementos tidos em consideração durante a prestação de cuidados. A referir ainda que a inclusão de familiares e pessoas significativas em todo este processo se revelou muito importante, maximizando a satisfação de todos.

A nível de doentes crónicos, podemos dar como exemplo os vários casos de internamentos recorrentes de pessoas com Diabetes *Mellitus*, em que a sua situação se agudiza a cada internamento que passa, decorrente da patologia de base, mas muitas vezes também de forma concomitante com as outras comorbilidades. A cada internamento ficam mais incapacitados, sendo a nossa intervenção junto destas pessoas e familiares essencial em todo o processo, numa perspetiva holística. Mencionamos também situações de pessoas ostomizadas e sua família, que necessitam de um acompanhamento constante e especializado, com vista à diminuição do seu sofrimento e adaptação à nova condição de saúde, promovendo a sua autonomia, satisfação e melhoria da qualidade de vida. Neste âmbito, frequentámos uma sessão formativa sobre a *Preparação Pré-Operatória à pessoa com ostomia*, pela importância que esta assume no processo de adaptação.

Tal como planeado nos Estágios I e II, realizámos no Estágio III um *Poster* sobre a Hipodermoclise, após revisão bibliográfica sobre o tema, e em conjunto com as outras colegas do MEMC que estavam a estagiar no SCG, visto esta ser uma área na qual os Enfermeiros deste Serviço demonstraram défice de conhecimentos, através de entrevistas não estruturadas. Com a sua realização, tivemos como principais objetivos: sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da hipodermoclise, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade em fim de vida; divulgar a hipodermoclise no SCG; e refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do EEEMC. Este *Poster* (Apêndice XXIV), intitulado *Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida*, fez-nos refletir e compreender o quanto esta técnica permitirá uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida. Após a sua conclusão, surgiu a oportunidade de divulgação nas 2as Jornadas de Enfermagem do

CH de Setúbal, mediante prévia submissão do resumo (Apêndice XXV), ficando agraciado com o 2º lugar, o que nos deixou bastante satisfeitas com o trabalho desenvolvido.

No que respeita ao PIS, poderemos ainda considerar o seu desenvolvimento, no âmbito da Prevenção de UPP, mais um elemento para o aperfeiçoamento desta competência, pois foi nosso objetivo, através da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, contribuir para a prevenção de uma situação de cronicidade, como acontece em vários casos de pessoas com UPP, diminuindo assim o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Relativamente à outra Competência, **L6 - Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte**, o EEEPSCP otimiza resultados de CP para pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e capacitação, para além das intervenções de cuidar (OE, 2011^b).

Podemos afirmar que, tal como na competência anterior, no decorrer dos Estágios, aquando da prestação de cuidados, foi possível estabelecer relação terapêutica com várias pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, cuidando verdadeiramente do outro e da sua família, estabelecendo com eles uma efetiva parceria, onde a comunicação e apoio fornecidos visaram facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Importa mencionar que, também no estabelecimento desta relação, tivemos em consideração a individualidade da pessoa de quem cuidámos, assim como da sua família, pois só assim os respeitaremos integralmente, e conseguiremos prestar cuidados de excelência durante todas as fases da vida, incluindo também a morte e o luto. Estes cuidados deverão ser humanizados e holísticos, abarcando a pessoa/família na sua idiossincrasia, isto é, numa abordagem que inclua as dimensões bio-psico-socio-espiritual e cultural, envolvendo a pessoa/família nas decisões referentes ao plano de cuidados, respeitando os seus desejos e necessidades, promovendo ao máximo o alívio do sofrimento e consequentemente a maximização do seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Tentámos e sempre tentaremos pautar a nossa *praxis* não esquecendo todos os conceitos associados à Filosofia dos CP, para assim humanizar o mais possível todo este processo inerente à condição do ser humano. O planeamento destes cuidados e o estabelecimento da verdadeira relação de ajuda implica necessariamente um dispêndio de

tempo para *estar com*, o que infelizmente muitas vezes é difícil gerir pelos rácios diminutos com que nos deparamos nos nossos contextos de trabalho. Por isto, considerámos importante a frequência da sessão formativa sobre a *Avaliação da Capacidade Funcional das pessoas internadas no SCG: aplicação da Escala de Barthel*, realizada por uma colega do MEMC, no âmbito do seu PIS, porque através desta avaliação evidenciamos o grau de dependência das pessoas, e consequentemente a importância da adequação dos rácios, para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados.

Realizámos ainda no Estágio III, e de forma profícua, um dia de observação na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em CP do CH, como havíamos planeado anteriormente, com o intuito de observar o funcionamento da Consulta Multidisciplinar, e as valências do próprio Serviço de Oncologia, na tentativa de angariar conhecimentos que nos permitam efetuar uma melhor articulação com estes e a comunidade.

Dando por terminada a análise das competências do EEPPSCP, consideramos ter abordado ao longo deste capítulo o desenvolvimento das CCEE, e similarmente as Competências Específicas do EEEMC, onde se explorou o PIS e o PAC, não esquecendo a *praxis* diária em contexto de Estágio, nem os contributos dos aportes teóricos lecionados no curso. Recordamos ainda o facto de o PAC também ter contribuído para o desenvolvimento das Competências Comuns, apesar de ser seu objetivo *major* responder às Específicas. Mais concluímos que as competências no seu todo, Comuns e Específicas, se entrecruzam, concorrendo para a excelência do exercício profissional.

Importa igualmente mencionarmos o facto de, e de acordo com o modelo teórico escolhido inicialmente, Teoria do Conforto de Kolcaba, termos considerado a promoção do Conforto como uma linha orientadora no decorrer de todo o nosso percurso, e indo ao encontro dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem, pois a satisfação da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e a prevenção e controlo das IACS sempre formaram parte integrante do nosso exercício profissional, que pretendemos continuar a aperfeiçoar.

No que respeita aos aspetos éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem, tivemos-los sempre em consideração aquando da prestação de cuidados e na realização das atividades já descritas, pelo que foram removidos todos os aspetos identificativos das pessoas e da própria instituição.

Passamos em seguida a analisar as Competências do Mestre em EMC.

4. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Curso de MEMC lecionado pela ESS/IPS, como já referimos anteriormente, tem por finalidade contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e *práticos* da enfermagem na área da especialidade (DE, 2014).

De acordo com a Republicação do Decreto-Lei (DL) nº 74/2006, no Artigo 15.º, do Capítulo III, do DL nº 115/2013, e o Regulamento do Curso de MEMC da ESS/IPS (DE, 2014), para que haja um desenvolvimento aprofundado destes conhecimentos, tendo em consideração os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do EE, cada mestrando deve desenvolver seis competências, que apresentaremos conjuntamente com a análise crítica sobre o seu desenvolvimento, tal como no capítulo anterior.

Importa ainda referirmos que a estas competências acrescem as CCEE, bem como as Específicas do Especialista em EMC, em complementaridade, dado o grau de Mestre ser conferido numa especialidade, conforme consta no DL supramencionado, atribuição esta efetuada pelo Ministério da Educação e Ciência. Face ao exposto, entende-se o porquê da definição das competências do mestre ser coerente com os domínios considerados na definição das competências do EE e do Especialista em EMC, decorrendo do seu aprofundamento, num contexto de regulação e aplicação académico, enquanto as últimas têm aplicação clínica e regulação profissional.

Analisando introspetivamente todo o nosso percurso, pretendemos agora relacionar as referidas competências, e demonstrar como as mesmas foram adquiridas, lembrando o leitor que no decorrer da elaboração do presente Relatório temos vindo a abordar as competências já desenvolvidas em todo o percurso formativo, quer a nível do PIS, do PAC, bem como em contexto letivo e de prestação de cuidados, estando estas inscritas diretamente na área das Competências Comuns e Específicas do EE, e indiretamente nas do Mestre. Gostaríamos ainda de mencionar a importância da afiliação de todo o nosso percurso à Teoria do Conforto de Kolcaba, na medida em que, e de acordo com esta, baseámos a nossa *praxis* atendendo ao cuidar de forma holística, promulgando a satisfação das necessidades de conforto das pessoas na sua idiosincrasia, e com elevados padrões de eficiência, como referido por DOWD (2004).

Por uma questão de sistematização, passamos a apresentar as competências do perfil de Mestre de forma sequencial, conforme o Regulamento do Curso, associadas à reflexão crítica sobre o seu desenvolvimento, pois como refere DEODATO (2010), a

aprendizagem em ambiente de prestação de cuidados de Enfermagem implica a continuidade de uma prática reflexiva, a par do desenvolvimento de competências.

Reflitamos então sobre a primeira competência do Mestre em EMC:

1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

É indubitável que o cuidado em enfermagem é o objeto do exercício profissional do enfermeiro, quer tenhamos por base o REPE, o CDE ou o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade da OE. Sendo este materializado em atos (ou omissões), que provêm de decisões fundamentadas, é essencial a reflexão, seja na procura dos princípios científicos ou normas técnicas que justifiquem as opções, seja na identificação dos fundamentos éticos, deontológicos ou jurídicos que legitimam as escolhas (DEODATO, 2010). Esta mesma reflexão assenta no conceito de Supervisão Clínica, através do Modelo de Nicklin, referido por ABREU (2007) como um processo com capacidade de melhorar o desempenho dos profissionais e a prestação de cuidados, em que o objetivo *major* se prende com a avaliação de situações-problema e respetiva reflexão sobre as decisões tomadas e os atos praticados, assemelhando-se em alguns dos passos ao processo de enfermagem, ferramenta com a qual os enfermeiros estão bem familiarizados.

Deste forma, a UT de Supervisão de Cuidados permitiu-nos, através dos aportes teóricos e da realização de um trabalho onde efetuámos a análise retrospectiva de uma situação da nossa *praxis*, desenvolver conhecimentos, competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, conferindo proteção à pessoa a quem os cuidados são dirigidos e aumentando a segurança das práticas em situações clínicas complexas, através de uma tomada de decisão fundamentada, que concorre simultaneamente para a satisfação da pessoa e dos próprios profissionais de saúde, como referido na literatura por CUTCLIFFE (2001).

Também as outras UT's e UC's forneceram um excelente contributo para o desenvolvimento desta competência, como por exemplo a UC de Investigação, de GPR e, de FBDE, não menosprezando nenhuma das outras.

Através da prestação de cuidados durante os Estágios, percurso já descrito na análise crítica sobre o desenvolvimento das competências do EE, e suportado na metodologia de supervisão clínica, consideramos responder aos descritores desta competência, na medida em que baseámos a nossa conduta tendo por suporte uma

avaliação integral e exaustiva da pessoa em situação complexa, incluindo o meio onde esta se insere (família, comunidade), pois só desta forma poderemos obter, sintetizar e analisar criticamente os dados necessários para uma tomada de decisão fundamentada e segura, permitindo o diagnóstico e gestão de problemas de saúde, determinantes para uma adequada e priorizada prescrição de intervenções de enfermagem.

Todas as nossas intervenções foram desenvolvidas com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença, realizando-se sempre que oportuno ensinamentos às pessoas, famílias e comunidade, como estratégia promotora, dando-se a título exemplificativo a ação de sensibilização dirigida às visitas das pessoas internadas no SCG, sobre a importância da higienização das mãos, como medida preventiva da transmissão de infeções.

Por forma a assegurar a continuidade dos cuidados, a referenciação das pessoas e suas famílias foi também uma constante, a nível bidirecional, isto é, referenciámos e recebemos referência, através de momentos importantes como as passagens de turno, transferências a nível intra-hospitalar, bem como através da própria realização dos registos no sistema informático. Assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade é dever dos enfermeiros, pelo que também estes aspetos foram merecedores de avaliação e reflexão contínua no decorrer da *praxis*.

Para além da referida prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e situação crónica e paliativa, todas as outras atividades desenvolvidas no âmbito do PIS e do PAC foram determinantes para o desenvolvimento desta competência, evidenciando-se através da operacionalização das atividades já referidas, que optámos por não mencionar novamente pelo risco de nos tornarmos repetitivos.

Passamos em seguida à análise reflexiva do domínio do desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências.

2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

CANÁRIO (2007) afirma que aprender é tão natural como respirar, ou seja, se não fizermos aprendizagens fundamentais desde que nascemos, não conseguimos sobreviver enquanto seres humanos. Por isto, consideramos *à priori* que a presente competência nasce da necessidade de atualização constante sobre o conhecimento de si e do mundo que o rodeia, inerente à condição do ser humano, e, por consequência direta, associada às mais variadas profissões, onde se inscreve a de enfermagem.

Estando nós inseridos numa sociedade cada vez mais competitiva, evoluída e complexa, atualmente a vivenciar profundos momentos de crise socioeconómica, não podemos descurar determinadas áreas, como a aprendizagem ao longo da vida, pois os conhecimentos adquiridos previamente são limitados no tempo, como referido pela UNIÃO EUROPEIA, no Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida (2000). A aprendizagem ao longo da vida surge assim da necessidade de adquirir e/ou melhorar competências, aptidões e conhecimentos, em todos os domínios da vida, residindo a chave do sucesso deste processo na construção de uma responsabilidade partilhada entre todos os intervenientes, porque para aprender é preciso primeiramente querer aprender (*Idem*).

Tornamo-nos então aprendentes ao longo da vida, através da autoformação suportada na Andragogia, onde a aprendizagem é dirigida consoante os conhecimentos prévios e a necessidade de aquisição de novos conhecimentos, ou do aprofundamento dos primeiros, conforme mencionado por NOVAK (2000), aquando da explicação do conceito de aprendizagem significativa da Teoria de Aprendizagem de Ausubel.

Entendemos assim o porquê da inscrição da Formação Contínua e da Formação em Serviço na comunidade profissional de enfermagem, na procura de um aperfeiçoamento contínuo de competências através da autoformação, de forma a desenvolver uma prática profissional de excelência, onde a humanização dos cuidados se proclama, de acordo com os Artigos 88.º e 89.º do CDE, respetivamente (OE, 2009).

Tendo por base estas premissas, analisámos o primeiro descritor desta competência através da reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências do EE, as comuns e as específicas da área de EMC, assim como as de mestre, conducentes à identificação dos recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao projeto profissional/pessoal, operacionalizados através do PIS e do PAC, onde a autoformação formou parte integrante do desenvolvimento. A necessidade de pesquisa bibliográfica para ambos, bem como para fundamentar a *praxis*, foi uma constante neste percurso, demonstrada também no presente Relatório, através da fundamentação das mais variadas temáticas. As diferentes UC's e UT's constituíram-se uma mais-valia, promovendo diversos momentos de avaliação formativa e sumativa, promotores do nosso desenvolvimento/crescimento pessoal e profissional. Concluir o MEMC é atualmente um dos nossos projetos profissionais e pessoais, implícito ao nosso percurso profissional, decorrido até à data com incidência na área da EMC.

No que respeita à valorização da autoformação como componente essencial do desenvolvimento, referimos como primeira estratégia a própria frequência deste mestrado, que dada a atual conjuntura socioeconómica do país revela a nossa grande motivação para o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências, em complemento às adquiridas, contribuindo para um enriquecimento do nível de formação dos enfermeiros. Deste modo, e de acordo com HESBEEN (2001), os complementos à formação são uma proposta à expansão de conhecimentos, por forma ao desenvolvimento de uma *praxis* cada vez mais refletida, fundamentada e documentada, desenvolvendo a enfermagem como uma ciência portadora de um corpo de conhecimentos próprios, inerentes à sua arte de cuidar.

Face ao exposto, consideramos adquirida esta competência, enaltecadora da importância da promoção de um processo contínuo de aprendizagens e de recriação da identidade profissional ao longo da vida, perspetivando a tão proclamada melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da procura permanente da excelência do exercício profissional, conforme enunciado no Artigo 88.º do CDE (OE, 2009), referido anteriormente, e em interligação direta com as CCEE e as Específicas do EE em EMC.

Apresentamos seguidamente a competência relacionada com a integração de equipas de desenvolvimento multidisciplinar.

3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Referimos primeiramente a proatividade como característica pessoal e facilitadora da integração a nível multidisciplinar e do desenvolvimento das atividades descritas ao longo deste Relatório.

A esta competência está implícita a assimilação de conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com a Enfermagem enquanto Ciência e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção, por forma a sustentar a atividade profissional na área de especialização, aplicando as competências em contextos alargados e multidisciplinares, como referido nos dois primeiros descritores, que consideramos ter alcançado através da realização do PIS, do PAC e do presente Relatório, aquando da ancoragem dos mesmos em fundamentação teórica, e onde tivemos oportunidade de aplicar os nossos conhecimentos na resolução de problemas da área da EMC, envolvendo vários elementos da equipa multidisciplinar.

Outro dos descritores desta competência relaciona-se com o facto de servirmos de consultores para outros profissionais de saúde, quando apropriado, o que se verificou com

a implementação do PIS, pois várias foram as vezes nas quais servimos de suporte para o esclarecimento de questões relacionadas com a temática da prevenção das UPP.

A nível da gestão de casos propriamente dita, aquando da prestação de cuidados complexos esta tarefa impera na priorização dos cuidados, para que os mesmos possam ser prestados de forma equitativa. Decorrendo os Estágios maiormente na UCIC, esta foi uma realidade constante, e com a qual soubemos lidar eficazmente, em articulação com a equipa multidisciplinar.

Por último, referimos que a realização do PIS e do PAC nos permitiram trabalhar em colaboração direta com outros profissionais de saúde e outros líderes, para melhorar a saúde global da comunidade, nomeadamente a Direção de Enfermagem e as Chefias do SCG, pois todas as atividades realizadas careceram das suas apreciações e autorizações. A articulação com o GPTF foi essencial no desenvolvimento do PIS, e não podemos deixar de referir a colaboração da CCI, com a qual associámos esforços para a concretização de algumas atividades inscritas no PAC.

Concluimos assim ter conseguido responder a esta competência do perfil de mestre, lembrando que sem proatividade o seu desenvolvimento não teria sido tão enriquecedor. Passamos agora à análise da tomada de decisão e raciocínio, inerentes também elas às competências de mestre.

4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

Ao processo de tomada de decisão está implícito o conceito de autonomia, considerada por NUNES (2003) como o expoente máximo da conquista dos enfermeiros, através do regulamento do seu exercício profissional e a criação da ordem, com os seus estatutos e o CDE. Definida por RIBEIRO como “(...) *a capacidade do enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto-determinada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticos da profissão*”, ainda não foi atingida na sua plenitude no seio da profissão, apesar do desenvolvimento abrupto nos últimos anos (2011, p.29).

Ser autónomo implica necessariamente assumir a responsabilidade das decisões tomadas, baseadas em sólidos e válidos conhecimentos que legitimam as escolhas, e não em emoções ou no exercício de tarefas rotineiras (*Idem*), não podendo ser esquecido o enunciado no Artigo 79.º do CDE, alínea b), onde vem referida a responsabilidade pelos atos praticados ou delegados, para além das decisões tomadas (OE, 2009).

Ainda segundo RIBEIRO (2011), a necessidade de decisões onde a autonomia está implicada verifica-se em todas as situações da *praxis*, mesmo nas interdependentes, sejam elas simples ou complexas, implicando sempre um pensamento crítico e reflexivo, para uma tomada de decisão fundamentada, onde se incluem os valores éticodeontológicos.

De acordo com o supramencionado, e tendo a nossa *praxis* decorrido mormente num contexto onde a complexidade de cuidados está patente, reiterou a seleção dos mais adequados meios e estratégias para a resolução dos problemas das pessoas a quem dirigimos a nossa ação, de forma fundamentada, conforme evocado no primeiro descritor.

Também aquando da realização do PIS e do PAC tivemos por base a seleção de meios e estratégias adequadas à resolução dos reais problemas encontrados, sendo a fundamentação rigorosa dos mesmos uma preocupação notória, com o intuito de explicar e fundamentar o nosso agir, como pode ser verificado no presente Relatório.

Através da conclusão do PIS e respetiva avaliação, obtivemos os indicadores de avaliação previamente definidos, sendo que a sua consecução permitiu ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, ou seja, obtivemos uma melhoria ao nível da qualidade dos cuidados no que respeita à identificação precoce das pessoas em risco de desenvolvimento de UPP, através da correta implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo.

Relembramos também aqui o contributo da UC de FBDE, assim como das UT's lecionadas no âmbito UC de EMC II, mais concretamente a Supervisão de Cuidados e as Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, permitindo o aprofundamento das questões decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo, articulando a ética e a deontologia, na ótica do líder clínico. Igualmente fomentador do desenvolvimento desta competência de mestre foi o desenvolvimento de um trabalho académico, através da análise de um caso, que apesar de parecer demasiado simplista, se revelou bastante complexo aquando da sua abordagem globalizante – queda do leito de uma pessoa no período noturno, orientada nos referenciais, e que recusou a utilização de grades à noite, verificando-se nova queda na noite seguinte.

Dando por terminada a análise desta competência, consideramo-la adquirida por todo o exposto, e em estreita ligação com as CCEE. Seguimos com a análise da próxima competência, relacionada com a Investigação em Enfermagem.

5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

De acordo com a OE, “(...) a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”, ao longo de todo o seu ciclo vital, a nível da promoção da saúde e da prevenção da doença (2006^a, p.1).

É entendida como um pilar fundamental para a promoção da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem, sendo o conhecimento adquirido através desta utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência (*Idem*).

Tal como todas as anteriores, também esta competência nasce do perfil de competências do mestre, e, no nosso entender, inscreve-se na sua génese na MTP, que apesar de não ser uma metodologia de investigação, assenta as suas linhas orientadoras a nível da Investigação-Ação, como já referimos no capítulo alusivo ao PIS. A OE (2006^a) refere-se a esta metodologia como uma das que melhor contribuem para dar consistência científica ao corpo de conhecimentos da Enfermagem, através da garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros.

No nosso caso específico, e como já mencionámos, a MTP conduziu à elaboração de um PIS, com o qual pretendemos responder aos princípios definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), nomeadamente no que diz respeito à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos. A nível mais macro, este enquadrou-se numa das áreas prioritárias para a investigação em Enfermagem em Portugal, ao nível da Qualidade dos cuidados de enfermagem, mas também, e de forma cumulativa, na área da segurança dos clientes (OE, 2010).

Assim, o desenvolvimento do PIS foi decisivo para a aquisição desta competência, contribuindo em última instância para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas no SCG, no âmbito da prevenção de UPP, como vimos referindo ao longo do Relatório. Através da elaboração e fundamentação do diagnóstico de situação, baseados na pesquisa efetuada, conseguimos perceber o porquê das razões do problema e justificar a necessidade de mudança das práticas, promovendo o envolvimento da equipa de enfermagem. A possibilidade da divulgação, através da publicação do artigo científico realizado, encerrará a última etapa da investigação, difundindo os resultados na comunidade, o que certamente trará um contributo para melhorar e fazer evoluir a *praxis*.

Através do PAC também analisámos, concebemos e implementámos contributos da evidência para a resolução de problemas da área dos estudos especializados, através da realização de atividades como um *Poster* sobre a hipodermóclise, como já relatámos.

Não menos importante foi o facto de desenvolvermos a nossa *praxis* fundamentada em sólidos e válidos conhecimentos, conducentes a uma tomada de decisão consciente, e para a qual a evidência científica contribuiu.

Referimos agora em jeito conclusivo, e como aspeto positivo, a constante promoção da investigação no decorrer do curso, conduzindo à interiorização da sua importância na aprendizagem ao longo da vida e para o avanço da enfermagem.

Analisemos por fim a última competência do perfil de mestre, relacionada com a Formação.

6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

Quantos de nós já ouviu que “*a união faz a força*”? Pois bem, certamente esta máxima é bem conhecida por todos, e foi através dela que conseguimos realizar toda a caminhada aqui descrita. Desta junção de esforços mútuos no decorrer dos Estágios nasceu o PIS e o PAC, já que a título individual seria de todo impossível a sua concretização.

Através do PIS conseguimos desenvolver esta competência, na medida em que realizámos formação à equipa de enfermagem, sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, após análise diagnóstica do problema identificado e respetivo planeamento. A formação foi então identificada como uma das estratégias de implementação da metodologia, tendo por base os conhecimentos prévios dos enfermeiros, analisados através das Consultas aos Processos de Enfermagem na etapa diagnóstica. Posteriormente à execução do PIS, efetuámos então a sua avaliação, onde incluímos os resultados obtidos, conforme enunciado anteriormente no capítulo alusivo ao Projeto. Mais referimos que toda a metodologia teve por base os resultados da investigação, das políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e da Enfermagem em particular, que conduziram a uma tomada de decisão clara sobre a área de intervenção do PIS e das medidas a adotar na construção e gestão de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.

Também no PAC, por exemplo aquando da realização da ação de sensibilização às visitas, tivemos um papel formativo, assumindo-as como nossos colaboradores na prestação de cuidados, com um papel importante e ativo a nível da prevenção de infeções.

Pelo descrito, entende-se a envolvimento de várias atores nesta peça, permitindo a difusão dos conhecimentos no seio da equipa de enfermagem e mesmo na comunidade, dado que estes não assumem a devida relevância enquanto não forem divulgados e colocados em prática. Nesta linha de pensamento, a formação desempenha um papel determinante na prestação de cuidados de enfermagem, sendo geradora de condutas, comportamentos e atitudes, tal como afirma COLLIÈRE (2003). O desenvolvimento profissional tem assim na sua base a formação contínua ao longo do exercício, visando uma atualização permanente do corpo de conhecimentos, onde estão incluídas a dimensão técnica, científica, relacional e ética, conducentes a uma refletida prestação de cuidados de qualidade, e tendo em consideração os novos desafios impostos pela sociedade.

Na escola, a UT de Formação Contínua Aplicada à Enfermagem despertou-nos inicialmente para a importância da Andragogia em todo o nosso processo de desenvolvimento, sendo que também todas as outras UC's e UT's lecionadas ao longo dos semestres nos remeteram, através da realização de vários trabalhos, para o nosso próprio desenvolvimento e o dos pares.

Terminada a análise reflexiva das competências do Mestre em Enfermagem, resta-nos dizer resumidamente que a este compete, para além do descrito anteriormente, a capacidade de desenvolver uma perspetiva mais ampla perante diferentes cenários, não só da prestação de cuidados, mas também ao nível da sua gestão e supervisão, devendo ser um modelo de referência para os seus pares, assumindo um papel de liderança. Não basta apenas termos conhecimentos e habilidades especializadas, há que aplicá-las na ação, para efetivamente prestarmos cuidados de excelência às pessoas a quem os dirigimos.

Apresentamos em seguida o último capítulo deste Relatório, onde efetuamos uma reflexão final sobre todo o percurso efetuado ao longo do Curso de MEMC, de forma sintética.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo este o último capítulo do presente Relatório, apresentamos uma reflexão final, onde explicitamos de forma sintética o percurso efetuado no geral, e de forma integrada, no âmbito das duas dimensões preconizadas: PIS e PAC, não esquecendo o referencial teórico ao qual nos afiliámos, assim como a análise das aprendizagens à luz das competências do EE e do Mestre em EMC. Analisamos ainda os objetivos definidos nas considerações iniciais e refletimos sobre os aspetos facilitadores e constrangedores deste processo de aprendizagens, assim como sugestões de caminhos futuros.

Todo o caminho percorrido até aqui, embora bastante trabalhoso, mostrou-se igualmente proveitoso, pois as aprendizagens foram inúmeras, e com a redação deste trabalho consolidámos os conhecimentos adquiridos neste Curso, quer de cariz teórico, como de cariz prático, que julgamos ter conseguido transmitir ao leitor, ainda que de forma resumida. Começámos por apresentar a nossa ancoragem teórica, por nos revermos nos seus princípios - a Teoria do Conforto, seguida de uma abordagem às UPP, por serem o tema central do nosso PIS. Posteriormente descrevemos o Projeto em si, nas suas diversas etapas, e onde concluímos ter contribuído ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas no SCG, no âmbito da prevenção das UPP, através da uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*, sistematizando-se assim a avaliação e respetivo registo do risco de desenvolvimento de UPP das pessoas aqui internadas.

Ressalvamos o facto de não termos atingido a perfeição, mas ainda assim foi notória a melhoria das práticas com a implementação do PIS, tendo em consideração todas as condicionantes pelas quais o SCG atravessa, nomeadamente a nível da dotação de profissionais, de todo inadequada às necessidades das pessoas ali internadas. Todos temos plena consciência de que mais importante do que investir no tratamento das UPP é apostar na sua prevenção, por todos os benefícios a ela inerentes, e desta forma, ao aumentar a satisfação das pessoas que são alvo dos nossos cuidados, veremos também aumentada a nossa própria satisfação enquanto profissionais, já que a nossa missão é cuidar do outro, confortá-lo, tomando por foco de atenção os seus projetos de saúde.

No que respeita à análise das aprendizagens à luz das competências, refletimos sobre as CCEE e as Específicas do EE em EMC, inserindo-se nestas últimas o PAC, e por

fim, procedemos à análise reflexiva das competências de Mestre, considerando-se o seu desenvolvimento conjunto construtor da nossa atual identidade profissional.

Pelo exposto anteriormente, consideramos ter atingido os objetivos específicos a que nos propusemos inicialmente, uma vez que: fundamentámos teoricamente o relatório, do ponto de vista da Enfermagem e do Projeto em si; apresentámos o PIS nas suas diversas etapas, refletindo sobre a MTP; refletimos sobre o desenvolvimento das CCEE e sobre as Competências Específicas do EE em EMC (Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa), onde se incluiu o PAC; e por fim, refletimos sobre o desenvolvimento das Competências de Mestre. Com o atingir dos objetivos supramencionados, acreditamos ter alcançado o objetivo geral deste Relatório, por termos refletido sobre todo o processo de aprendizagem decorrido ao longo do Curso de MEMC.

Importa agora referirmos que, no desenrolar de todo este processo, existiram inevitavelmente alguns aspetos facilitadores e outros limitadores do mesmo, mas que ainda assim permitiram a chegada a este momento reflexivo. Como um dos aspetos facilitadores, apontamos a realização dos Estágios no nosso contexto profissional, o que maximizou a gestão do tempo, por intermédio de uma integração mais célere, e um aperfeiçoamento de saberes através da reflexão constante sobre a *praxis*, agora com um “novo olhar”, mais dirigido, especializado e fundamentado. Estagiar simultaneamente com outras colegas do Mestrado também foi facilitador, na medida em desenvolvemos atividades em conjunto, mas principalmente porque nos motivámos mutuamente nos momentos mais difíceis da caminhada. Fruto dos avanços tecnológicos, referimos ainda como aspeto facilitador o acesso à *Internet* e à *Virtual Private Network* (VPN), permitindo o acesso às bases de dados científicas, nomeadamente as disponibilizadas pelo IPS. Acreditamos que sem estas ferramentas, e estagiando noutro local, o investimento de tempo e dinheiro teria sido bem maior, implicando mais deslocações, o que nos seria bastante desfavorável dada a atual conjuntura socioeconómica. Por último, mas não menos importante, relatamos como outro aspeto facilitador a disponibilidade das nossas orientadoras, permitindo-nos percorrer este caminho de uma forma mais enriquecedora e ao mesmo tempo mais segura.

No que diz respeito aos aspetos limitadores, mencionamos *à priori* a difícil gestão do tempo, pois de forma alguma foi fácil conciliar o trabalho, a vida pessoal, o contexto letivo, a realização dos trabalhos académicos e a presença em Estágio, pelo que o estabelecimento de prioridades foi essencial, tendo-se perfeita noção de que prejudicámos principalmente a nossa vida pessoal. Relatamos ainda a nossa necessidade de

desenvolvimento da capacidade de síntese, de forma a conseguirmos desenvolver todos os conteúdos no limite de páginas pré-estabelecido para o presente trabalho. Também o facto de estarmos pouco familiarizados com a aplicação da MTP foi inicialmente dificultador, requerendo maior investimento no conhecimento da metodologia em si, o que ainda assim foi bastante facilitado pelos aportes teóricos lecionados no Curso, e o paralelismo desta com o processo de enfermagem.

Com o *terminus* desta caminhada, apraz-nos dizer que a mesma contribuiu para a excelência do exercício profissional, embora em pequena escala, pois cremos que a chegada ao destino não se encerra aqui. Isto é, a excelência do exercício constrói-se diariamente, pelo que impera caminhar a par e passo desta, ainda que os passos sejam pequenos. Através da junção destes pequenos passos conseguiremos construir um caminho cada vez melhor e mais sólido, agora com competências profissionais diferenciadas, que nos permitirão cuidar com mais qualidade e segurança, enaltecendo a humanização dos cuidados, onde está inserida a promoção de conforto e a equidade, visando a máxima satisfação das pessoas, dos seus familiares, mas também dos profissionais de saúde.

O presente curso de MEMC foi uma oportunidade única de crescimento pessoal e profissional, caminhada na qual voltaríamos a ingressar caso retrocedêssemos no tempo. De futuro, ambicionamos primeiro discutir publicamente o presente relatório, para cumprimento dos requisitos do grau de Mestre, e assim concluirmos o Curso com a sua publicação. Assumimos aqui o compromisso de, após detenção do grau de Mestre e título de EE, pretendermos manter-nos aprendentes ao longo da vida, para uma melhoria contínua da *praxis* diária, suportada em evidência, e seguindo esta linha de pensamento, quiçá um dia investir num nível superior de desenvolvimento académico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Importa, antes de passarmos à apresentação das referências consultadas no decorrer da elaboração do presente Relatório, mencionarmos que as mesmas serão apresentadas de acordo com a NP 405, conforme previamente referido na nota introdutória.

- ABREU, Wilson - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.
- ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa – *Metodologia de Investigação em Psicologia e Investigação*. 4ª Edição. Braga: Psiquilibrios edições, 2007. ISBN: 978-972-97388-5-2.
- ALVES, Paulo *et al.* – Ensino em feridas: importância da formação e impacto económico. *Revista Nursing*. ISSN: 0871-6196. Nº 276 (2012). p. 6-9.
- ALVES, Paulo *et al.* – Epidemiologia das úlceras de pressão: Interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. *Revista Servir*. ISSN: 0871-2370. Volume 58, Nº 1-2 (2013). p. 10-18.
- APÓSTOLO, Jorge - Portfolio de evidências de Aprendizagem como Instrumento de Inovação Pedagógica no Ensino Clínico de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em Linha]. Série II, Nº 6 (2001). p. 15-21. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=148&codigo=
- APÓSTOLO, João – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em Linha]. II Série. Nº 9 (2009). p. 61-67. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=262&codigo=
- BARBIER, Jean-Marie - *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8.
- BEAGLEHOLE, R; BONITA, R; KJELLSTROM, T. – *Epidemiologia básica*. 1ª Edição Portuguesa. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. ISBN: 972-98811-2-X.
- BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Edição Comemorativa, 2001. ISBN: 972 -8535-97-X23.
- BERGSTROM, Nancy *et al.* – The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk. *Nurs Res*. [Em Linha]. Volume 36, Nº 4 (1987). p. 205-210. [Consultado a 10/05/2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>

- BOTERF, Guy Le – *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN: 978-85-363-0129-5.
- CABETE, Dulce (Coordenação) – *Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual. Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, 2006. ISBN: 972-8431-29-5.
- CANÁRIO, Rui – Aprendizagens e Quotidianos Profissionais In RODRIGUES, Ângela *et al.* – *Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-35-6. p. 175-185.
- CARVALHO, Angelina; DIOGO, Fernando – *Projeto Educativo*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0349-7.
- CASTRO, Lisete; RICARDO, Maria – *Gerir o trabalho de Projeto: Um Manual para Professores e Formadores*. 3ª Edição. Lisboa: Texto Editora, 1993. ISBN: 972-47-0396-7.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Cuidar...A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-53-4.
- COUCEIRO, M. – Um olhar... In TRIGO, Márcia; SILVA, Isabel; LEITÃO, José – *Educação e Formação de Adultos – Factor de Desenvolvimento Inovação e Competitividade*. 1ª Edição. Lisboa: ANEFA, 2002. ISBN: 972-95759-5-9.
- CUTCLIFFE, John (2001) – An alternative training approach in clinical supervision. In CUTCLIFFE, John; BUTTERWORTH, Tony; PROCTOR, Brigid - *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge, 2001. ISBN: 0-415-22887-5 (pbk).
- Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção das Úlceras por Pressão como um direito universal. [Em Linha]. Rio de Janeiro, 2011. [Consultado a 18/12/2014]. Disponível em http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/02/Declaracion-de-Rio_Ingles.pdf
- DECRETO-LEI Nº 115/2013. Diário da República, 1ª Série. [Em Linha]. Nº 151. 4749-4772. [Consultado a 11/7/2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>
- DEODATO, Sérgio – Supervisão de cuidados: uma estratégia curricular em enfermagem. *Revista Percursos*. ISSN: 1646-50-67. Nº 18 (2010). p. 3-7.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos*. Setúbal: ESS/IPS, 2011. Documento de Apoio.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatório de Projeto*. Setúbal: ESS/IPS, 2013. Documento de Apoio.

- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia de Curso: 1º Semestre*. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2013/2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia de Curso: 2º Semestre*. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2013/2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia de Curso: 3º Semestre*. Setúbal: ESS/IPS, Ano Letivo 2014/2015. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - *Guia Orientador dos Estágios: 2º e 3º Semestres*. Setúbal: ESS/IPS, Ano letivo 2013/2014 e 2015/2016. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Guia para a Elaboração do Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio*. Setúbal: ESS/IPS, 2014/2015. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Setúbal: ESS/IPS, 2014. Documento de Apoio ao 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- DESPACHO Nº 14223/2009 – *Estratégia nacional para a Qualidade na Saúde*. Diário da República, 2ª Série. [Em Linha]. Nº 120. 24667-24669. [Consultado a 24/6/2014]. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>
- DIAS, Ana *et al* – Registos de Enfermagem. *Revista Servir*. ISSN: 0871/2370. Vol. 49, Nº 6 (2001) p. 267-271.
- DIAS, José – *Formadores: Que Desempenho?* 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-75-4.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA - Academia das Ciências de Lisboa: Editora Verbo, 2001. Depósito Legal nº161 290/01.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa Nº 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [Em Linha]. 2010. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010-pdf.aspx>

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Norma nº 029/2012, atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. [Em Linha]. 2013.[Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em Linha].2007. [Consultado a 28/6/2014]. Disponível em http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003 – A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. [Em Linha].2003. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. [Em Linha]. 2013. [Consultado a 04/01/2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Orientação nº 017/2011 – *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. [Em Linha]. 2011. [Consultado a 10/01/2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatria-braden-q-pdf.aspx>
- DOWD, Thérèse – Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. p. 481-495.
- DUQUE, Helena *et al.* - *Manual de boas Práticas. Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN: 978-972-8485-98-6.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. [Em Linha]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. [Consultado a 15/01/2014]. Disponível em http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf

- FAWCETT, Jacqueline. - *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2ª Edição. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005. ISBN: 978-0-8036-1194-8.
- FERREIRA, Manuel *et al.* – *Gestão Empresarial*. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN: 978-972-75-7720-0.
- FERREIRA, Pedro *et al.* – *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-10-7.
- FURTADO, Katia – Úlceras de Pressão – um certificado de qualidade. *Revista Nursing – Edição Portuguesa*. ISSN: 0871-65196. Nº 175 (2003). p. 20-42.
- FURTADO, Kátia *et al.* – Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. *Revista Nursing - Suplemento*. ISSN: 0871-6196. Ano 20, Nº 231 (2008).
- GOUVEIA, João; MIGUÉNS, Cristina – IMPRESSÃO: um instrumento para a prevenção de úlceras de pressão. *Revista Nursing-Suplemento*. ISSN: 0871-6196. Ano 21, Nº 245 (2009).
- HESBEEN, Walter – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN: 972-8383-20-7.
- INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ICS) – Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica: Livro de Atas. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Edições Fundação D. Pedro IV, 2011.
- JORGE, Silvia; DANTAS, Sônia – *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. ISBN: 85-7379-575-1.
- KÉROUAC, Suzane *et al.* - *La Pensée Infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval (Québec): Édition Études Vivantes & Édition Maloine, 1994. ISBN: 2-224-02284-0.
- KOLCABA, Katharine - A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. [Em Linha]. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. ISSN: 0743-5150. Vol. 23, Nº 4 (1991). p. 237-240. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf>

- KOLCABA, Katharine - A theory of holistic comfort for nursing. [Em Linha]. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN: 0309-2402. Vol. 19, Nº 6 (1994). p. 1178-1184. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=c966038e-f50d-47dc-9445-581544848a27%40sessionmgr110&hid=125>
- KOLCABA, Katharine - The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. [Em Linha]. *Oncology Nursing Forum*. ISSN: 0190-535X. Vol. 26, Nº 1 (1999). p. 67-72. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=cfee2225-e1ee-4191-bb95-647342719131%40sessionmgr110&crlhashurl=login.aspx%253fdirect%253dtrue%2526hid%253d4207%2526AN%253d107171081%2526db%253dccm%2526lang%253dpt-br%2526site%253dehost-live&hid=125&vid=0&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107171081&db=ccm>
- KOLCABA, Katharine – Empirical evidence for the nature of holistic comfort. [Em Linha]. *Journal of Holistic Nursing*. ISSN: 0898-0101. Vol. 18, Nº 1 (2000). p. 46-62. [Consultado a 10/06/2014]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=15&sid=8a5be272-9345-4c85-9849-64cf162ec624%40sessionmgr114&hid=125&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=11847691&db=mdc>
- KOLCABA, Katharine - Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company, 2003. ISBN: 0-8261-1663-7.
- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – *Trabalho de Projeto: 2-Leituras Comentadas*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5.
- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – *Trabalho de Projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4.
- LIMA e SILVA, Emanuely *et al.* – Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. [Em Linha]. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Volume 22, Nº 2 (2010). p. 175-185. [Consultado a 22/12/2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000200012&script=sci_arttext

- MEIGNANT, Alain – *A Gestão da Formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2003. ISBN: 978-972-2016-08-7.
- MEZOMO, João – *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos*. 1ª Edição. Barueri: Manole, 2001. ISBN:85-204-1263-7.
- MORISON, Moya – *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-68-1.
- NOGUEIRA, Nilbo – *Pedagogia dos Projectos: etapas, papéis e actores*. Tatuapé: Editora Érica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6.
- NORMA PORTUGUESA 405-1. 1994. Informação e Documentação – *Referências bibliográficas: documentos impressos*. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- NOVAK, Joseph - *Aprender, Criar e Utilizar o Conhecimento: Mapas Conceptuais como Ferramentas de Facilitação nas Escolas e Empresas*. Lisboa: Plátano-Edições Técnicas, 2000. ISBN: 978-972-707-279-8.
- NUNES, Lucília – *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN: 972-8383-30-4.
- NUNES, Lucília – Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*. ISSN: 1646-5067. Nº 17 (2010). p. 3-9.
- NUNES, Lucília – *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: ESS/IPS, 2013. Departamento de Enfermagem. Documento de Apoio ao Mestrado em Enfermagem.
- NUNES, Lucília *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. ISSN: 1646-5067. Nº 15 (2010).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consultado a 02/7/2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [Em Linha]. 2006^a. [Consultado a 02/7/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. [Em Linha]. 2006^b. [Consultado a 02/7/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I, N.º 1. Edição Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico*. [Em Linha]. 2009. [Consultado a 02/7/2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Comissão de Formação – *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. [Em Linha]. 2010. [Consultado a 02/7/2014]. Disponível em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasProritariasInvestigacao_CFormacao_Final_19_Marco-1.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [Em Linha]. 2011^a. [Consultado a 24/6/2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. [Em Linha]. 2011^b. [Consultado a 24/6/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Regulamento n.º 122/2011 – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2ª Série, N.º 35. [Em Linha]. 2011^c. p. 8648-8653. [Consultado a 24/6/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Regulamento nº 124/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2ª Série. Nº 35. [Em Linha]. 2011^d. p. 8656-8657. [Consultado a 24/6/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *REPE e ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS*. [Em Linha]. 2012. [Consultado a 02/6/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA – Regulamento Interno*. [Em Linha]. 2013^a. [Consultado a 02/6/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Regulamento%20Interno_CEEMC.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013^b. [Consultado a 04/01/2015]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf
- PINI, Luna; ALVES, Paulo – *Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração*. [Em Linha]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012. Tese de Mestrado em Evidência e Decisão em Saúde. [Consultado a 22/01/2015]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>
- RAMALHO, Anabela – *Manual para Redacção de Estudos e Projetos de Revisão Sistemática com ou sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-54-9.
- RAMOS, Sérgio – *Introdução à Metodologia de Trabalho de Projeto*. [Em Linha]. 2008. [Consultado a 22/01/2015]. Disponível em http://livre.fornece.info/media/download_gallery/recursos/metodologia_projecto/TIC-Metodologia-Projecto.pdf
- RIBEIRO, Jorge – Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. ISSN: 0874.0283. Série III, Nº 5 (2011), p.27-36.

- SCHIEFER, Ulrich *et al* – *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de planeamento e Avaliação de Projectos*. 1ª Edição. Cascais: Principia, 2006. ISBN: 972-8818-58-0.
- SMITH, Marlaine – Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. IN SMITH, Mary; LIEHR, Patricia – *In Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN: 978-0-8261-1916-2.
- UNIÃO EUROPEIA, Comissão Europeia - Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida: Documento de trabalho dos serviços da Comissão. [Em Linha]. 2000. Bruxelas. [Consultado a 24/01/2015]. Disponível em <http://www.infoeuropa.euroid.pt/registo/000033814/documento/0001/>
- WILSON, Jennie - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2.
- ZAMBONATO, Bruna; ASSIS, Michelli; BEGHETTO, Mariur – Associação das Sub-Escalas de Braden com o Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Em Linha]. Volume 34, Nº 2 (2013). p. 21-28. [Consultado a 22/12/2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200003&script=sci_arttext

APÊNDICES

Apêndice I – Ficha de Diagnóstico do PIS

Definição do Problema

Estudante: Marisa Isabel Gomes Aleixo
Instituição: Centro Hospitalar de X – Hospital de Y
Serviço: Cirurgia Geral
Título do Projeto: Prevenção de Úlceras por Pressão: Avaliação do Risco & Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>As Úlceras por Pressão (UPP) constituem um problema recorrente, sendo consideradas um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, e um indicador de qualidade dos cuidados¹.</p> <p>São responsáveis por repercussões socioeconómicas e pessoais importantes, sendo muitos destes gastos incalculáveis, nomeadamente a nível do impacto na qualidade de vida das pessoas e seus cuidadores^{1,2}.</p> <p>Através da identificação precoce do grau de risco, estima-se que cerca de 95% das UPP seriam evitáveis³.</p> <p>O conhecimento da etiologia e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de UPP são fundamentais para o sucesso das estratégias de prevenção³.</p> <p>Assim, avaliar o risco de desenvolvimento de UPP é fundamental no planeamento e posterior implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento¹.</p> <p>Enquanto estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também enquanto Enfermeira a prestar cuidados no Serviço, e elemento de ligação do mesmo com o Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF) do Hospital, constatou-se que a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da Escala de <i>Braden</i>, nem sempre é efetuada/registada de forma correta, apesar de existir uma Norma de Orientação Clínica (NOC).</p> <p>Decidimos então, dada a evidente necessidade, realizar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) nesta área, após validação da importância/pertinência da mesma junto da Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coordenadora do GPTF, e dos elementos da Equipa de Enfermagem, através de entrevistas não estruturadas.</p> <p>Prevemos que uma correta implementação da Escala de <i>Braden</i> será um passo inicial, mas ainda assim fulcral, para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados na prevenção das UPP.</p>
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema <p>O tratamento de feridas desde há muito é uma atividade de relevância nos cuidados de saúde, não podendo delas excluir-se as UPP². São definidas como uma “lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”³ (Pág. 9), e, como grave</p>

problema de saúde que são, a sua prevenção e tratamento constituem-se como um desafio para os profissionais de saúde.

Nos últimos anos verificou-se um exponencial aumento do conhecimento científico ao nível do tratamento de feridas e viabilidade tecidual, porém, o mesmo nem sempre é integrado de imediato nos programas de formação dos profissionais de saúde, nem tão pouco na *praxis* diária dos profissionais envolvidos nesta área dos cuidados².

Sendo a maioria das UPP evitáveis, a definição de estratégias de prevenção eficazes passa hoje em dia pela consciencialização, por parte de todos os profissionais de saúde, de que as UPP constituem um problema multidimensional e, como tal, requerem uma abordagem multidisciplinar⁴. Porém, até há pouco tempo era encarado como um problema da exclusiva responsabilidade dos Enfermeiros⁴.

Sabemos que estes profissionais – Enfermeiros – têm também um papel preponderante nesta área, pois são eles quem presta cuidados em primeira linha, atuando ao nível da prevenção de complicações para a saúde das pessoas, na procura permanente da excelência do exercício profissional⁶.

As escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de UPP, embora limitadas, demonstram ser um importante complemento da avaliação clínica e, em conjunto com esta, podem facilitar a identificação das pessoas em risco⁵.

Em Portugal, a escala de *Braden* é atualmente a escala recomendada pela DGS¹ para realizar a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, validada a nível nacional pelo GAIF em 2001⁴ e recomendada pela EPUAP³, pela sua fiabilidade, validade, aceitabilidade, segurança e simplicidade, a baixos custos.

No Centro Hospitalar, e inserido no Programa de melhoria contínua da qualidade, após a instituição ter ingressado no Programa de Acreditação de Qualidade, em 2008, desde então existe o GPTF. Foi elaborada pelo Grupo uma NOC relativa à *Prevenção de úlceras por pressão*, em 2010, com o intuito de normalizar procedimentos, em que se utiliza a escala supramencionada. Todavia, devido a diversas condicionantes, o Grupo ainda não efetuou formação à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, sobre esta temática, pelo que, consequentemente não foram efetuadas auditorias para avaliação da implementação da NOC a nível hospitalar.

Poderá ser esta a razão pela qual, no Serviço em análise, a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, através da Escala de *Braden*, não é efetuada de igual forma por todos os Enfermeiros.

Assim, e sendo que a prevenção das UPP ocupa um lugar central e privilegiado nos cuidados de saúde, revela-se de extrema importância e atualidade intervir nesta área, pretendendo-se obter ganhos em saúde, principalmente ao nível da qualidade de vida da pessoa e seus cuidadores.

Desta forma, o problema definido é:

Inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da escala de *Braden*, aquando da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, no Serviço de Cirurgia Geral, apesar da existência de uma NOC sobre a *Prevenção de UPP*, a nível hospitalar.

Análise do problema (500 palavras)

O Serviço de Cirurgia Geral é composto por uma equipa de 48 Enfermeiros. Encontra-se fisicamente dividido em duas enfermarias, Homens e Mulheres, sob a mesma chefia. Cada enfermaria com lotação de 28 camas (4 pertencem à Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos), havendo habitualmente uma elevada taxa de ocupação, com pessoas com uma média de idade elevada, o que está diretamente associado a elevados níveis de dependência, e consequente sobrecarga de trabalho, devido à escassez de recursos humanos.

Identificar um problema passível de intervenção pareceu fácil *à priori*, mas posteriormente não o foi, pois havia muitas áreas suscetíveis de intervenção. O gosto pessoal pela área das feridas influenciou inicialmente a escolha, e o facto

de se detetarem inconformidades na avaliação do risco de desenvolvimento de UPP foi o passo seguinte. Validada a importância/pertinência do problema, como referido anteriormente, verificámos muito boa receptividade.

A existência de UPP no Serviço é uma realidade, conduzindo a consequências graves e desnecessárias, quer para a pessoa, quer para a instituição. Contudo, se houver um permanente empenho da equipa, por certo conseguir-se-ão melhores resultados.

Das investigações efetuadas, constatámos que o GPTF efetua mensalmente o registo da prevalência de UPP por Serviço. No Serviço em análise registou-se, em 2013, uma prevalência mínima de 0% e máxima de 27,3%, e em 2014 de 4,4% e 25,1%, respetivamente (APÊNDICE I), sendo possível constatar nos registos que algumas UPP foram adquiridas no Serviço, apesar de não existirem registos relativos às taxas de incidência.

Para uma validação mais concreta da viabilidade do projeto, foi aplicada uma ferramenta de diagnóstico de gestão, a *SWOT*, que veio reforçar a pertinência/relevância deste problema, pois da análise da mesma percebemos que os fatores positivos de ordem interna – Forças – são claramente superiores, o que demonstra o ambiente interno favorável para a implementação de um projeto nessa área (APÊNDICE II).

Durante a prestação de cuidados em Estágio, e consequente realização de registos em *SClinico*, foi possível verificar a existência de inconformidades, nomeadamente: o risco de UPP nem sempre foi avaliado nas primeiras 6 horas após a admissão; não preenchimento de uma subescala; muitas vezes não é programa reavaliação do risco de UPP, e quando é, nem sempre é de acordo com a NOC; mediante o *Score* obtido através da Escala *Braden*, nem sempre se levanta o diagnóstico de UPP como foco de atenção, e, quando levantado, por vezes não é efetuado com a devida correspondência ao *Score*.

Por fim, e após devida autorização da Direção de Enfermagem da Instituição, efetuámos uma Consulta aos Processos de Enfermagem, em *SClinico*, para colheita de dados que nos permitissem fundamentar melhor o diagnóstico de situação, com dados concretos e fiáveis, relativamente aos procedimentos da equipa aquando da realização da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da aplicação de uma grelha com questões relacionadas com a Escala de *Braden* (APÊNDICE III).

Após realização da Consulta supramencionada, conseguimos confirmar as inconformidades acima referidas, apresentando-se os resultados da colheita de dados e respetiva análise em Apêndice (APÊNDICE IV).

Ainda a referir que a equipa foi verbalizando, nas entrevistas não estruturadas, algumas dúvidas aquando do preenchimento das subescalas, e também a nível dos itens supramencionados.

Verificadas então diversas disparidades e inconformidades com o definido pela NOC, no domínio da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, pretendemos desenvolver competências de intervenção e de mudança das práticas, cruzar a formação com a ação, modificando pequenas coisas no terreno, procurando a excelência dos cuidados no âmbito da prevenção das UPP.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras):

Perante a existência de inconformidades na aplicação da Escala de *Braden*, determinamos como problemas parcelares algumas necessidades:

- Apresentação da NOC sobre *Prevenção de UPP* à equipa de Enfermagem, para atualização de conhecimentos e consciencialização sobre a temática;
- Inclusão do Registo do *Score* da Escala de *Braden* na Avaliação Inicial de Enfermagem;
- Formação da equipa sobre a correta implementação da Escala de *Braden*;

- Uniformização do procedimento e respetivos registos em *SClínico* relativamente à monitorização do risco de UPP através da Escala de *Braden*, assim como o adequado levantamento do diagnóstico de Enfermagem de UPP, de acordo com o *Score* da Escala (verificou-se incoerências entre os *Scores* e os diagnósticos levantados),
- Divulgação do PIS pela equipa de Enfermagem.

Determinação de prioridades

Dos problemas parcelares identificados anteriormente, e tendo em atenção o tempo disponível para a realização do PIS, mas também a opinião da Enfermeira Chefe, da Enfermeira Orientadora e de elementos do GPTF, consideramos como prioritária:

- Necessidade de formação da equipa de Enfermagem (pois não teve formação específica), relativamente à correta implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*, em conformidade com a fase inicial da NOC da instituição, apresentando-a sumariamente no início da sessão, passando posteriormente a abordar os aspetos diretamente relacionados com a escala e respetivo registo, e, por fim, também sobre os registos em *SClínico*, relativamente ao adequado levantamento do diagnóstico de Enfermagem de UPP, de acordo com o *Score* obtido através da Escala;
- Elaboração de um documento orientador, com um “algoritmo” sobre a implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*, também de acordo com a referida NOC, a afixar junto aos computadores, facilitando a sistematização do processo na *praxis* diária;
- Construção de um documento final, que reúna a informação pertinente acerca da temática, como um *Dossier*, constituindo um suporte de apoio à prática profissional.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema)

OBJETIVO GERAL

Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num Serviço de Cirurgia Geral, no âmbito da Prevenção das Úlceras por Pressão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar formação à equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, relativamente à correta implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClínico*;
- Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de *Braden*;
- Promover a otimização dos registos em *SClínico*, acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP;
- Avaliar a implementação do Projeto.

Referências Bibliográficas

(Segundo a Norma Portuguesa 405)

1. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Orientação nº 017/2011 – *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. 2011.
2. CABETE, Dulce (Coordenação) – *Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual. Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, 2006. ISBN: 972-8431-29-5.

3. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. [Consultado a 15 de Janeiro de 2014]. Disponível em http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf
4. FERREIRA, Pedro *et al.* – *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.
5. FURTADO, Katia – *Úlceras de Pressão – um certificado de qualidade*. Revista Nursing – Edição Portuguesa. ISSN: 0871-65196. N.º 175. 2003. Pág. 20-42.
6. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

**Apêndice II – Registo de Prevalência de UPP no Serviço de
Cirurgia Geral (2013-2014)**

Registro de Prevalência (%) de UPP no Serviço de Cirurgia Geral (2013-2014)

		Serviço de Cirurgia Geral	
Mês	Ano	2013	2014
Janeiro		16.7	21.1
Fevereiro		23.3	15.4
Março		27.3	13.4
Abril		20.3	17.5
Maio		10.7	23.1
Junho		12.5	15
Julho		22.3	4.4
Agosto		10.5	10
Setembro		12.3	4.8
Outubro		0	13.6
Novembro		7.1	19
Dezembro		11.1	25.1

Fonte: GPTF, 2013-2014

**Apêndice III – Grelha de apoio à Consulta dos
Registos de Enfermagem**

Grelha de apoio à Consulta dos Registos de Enfermagem

Questão - enunciado	Sim	Não	NA	Observações
Levantou-se como Indicador de Enfermagem a intervenção <i>Monitorizar o risco de UPP através da “Escala Braden”</i> aquando da admissão?				
O risco de UPP foi avaliado nas primeiras 6h após a admissão?				
Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção?				
Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP?				
É programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento?				
Com que frequência é programada a reavaliação?				
Qual o horário definido para a avaliação do risco de UPP?				Manhã - Tarde - Noite - Agora -

Legenda:

NA – Não aplicável

**Apêndice IV – Resultados da Consulta aos Processos de
Enfermagem: Etapa Diagnóstica**

Resultados da Consulta aos Processos de Enfermagem:

Etapas Diagnóstica

Em contexto de prestação de cuidados em Estágio, efetuámos uma Consulta aos Processos de Enfermagem no *SCLínico*, no Serviço de Cirurgia Geral, relativamente aos registos efetuados sobre a avaliação do risco de UPP, com o intuito de validar a inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de *Braden* e respetivos registos.

Iniciamos a presente apresentação/discussão dos resultados com algumas anotações, nomeadamente no que concerne aos critérios de inclusão da amostra, como seguidamente expomos.

A Consulta aos Processos foi efetuada num mesmo dia, no mês de junho de 2014, à totalidade das pessoas internadas no referido Serviço, há pelo menos 24 horas, sob supervisão do Enfermeiro Auditor dos Registos de Enfermagem do Serviço, a nossa Enfermeira Orientadora, conforme sugestão da Sra. Enfermeira Diretora.

Apesar do Serviço se encontrar dividido em duas enfermarias, Homens e Mulheres, iremos apresentar os resultados da Consulta na globalidade, sendo que cada uma delas tem uma lotação total de 28 camas, mas nesse dia a lotação era de 27 pessoas na enfermaria dos Homens e 26 pessoas na enfermaria das Mulheres, perfazendo uma lotação total de 94,7%.

Avaliámos então os registos efetuados relativamente à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, como já referimos, segundo a grelha já apresentada, ao Enfermeiro que efetuou o Planeamento de Cuidados daquela pessoa aquando da admissão, não considerando as reprogramações efetuadas posteriormente pelo próprio ou por colegas.

Passamos então à apresentação e respetiva discussão dos resultados.

Observando a primeira questão da grelha de Consulta, *1. Levantou-se como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da “Escala Braden” aquando da admissão?*, dos 53 processos analisados, apenas em 2 (4%) não foi levantada esta intervenção, correspondendo a um total de 96% de processos aos quais foi levantada esta intervenção (Gráfico 1), estando preconizado o levantamento deste Indicador à totalidade das pessoas internadas, aquando da sua admissão no Serviço, e

atualmente um parâmetro alvo de Auditoria dos Registos de Enfermagem, de acordo com o Guia Orientador do Centro Hospitalar.

Referimos ainda o facto de termos constatado que, em 2 casos, o Enfermeiro não preencheu todas as subescalas da Escala *Braden*.



Gráfico 1 - Levantamento do Indicador de Enfermagem aquando da admissão

No que diz respeito à segunda questão, 2. *O risco de UPP foi avaliado nas primeiras 6h após a admissão?*, verificámos que, dos 53 processos em análise, em 44 foi avaliado o risco de UPP nas primeiras 6 horas após admissão, correspondendo a 83% de conformidade, conforme se pode observar no Gráfico 2. Em 17% dos processos (n=9) esta avaliação não foi efetuada nas primeiras 6 horas, conforme preconizado pela DGS (2011) e pela NOC.

Em 2 dos casos em que não foi avaliado o risco nas primeiras 6 horas, correspondeu aos 2 processos em que não havia sido levantada a intervenção *Monitorizar o risco de UPP através da Escala de Braden*, aquando da admissão.



Gráfico 2 - Avaliação do risco de UPP nas primeiras 6h após admissão

Relativamente à questão 3. *Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção?*, e analisando o gráfico

correspondente, Gráfico 3, em apenas 8% dos processos analisados (n=4) havia sido levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção, sendo preconizado pela nova NOC (em aprovação) o levantamento deste diagnóstico à totalidade das pessoas internadas, independentemente do *Score* do risco. Em 30% dos casos (n= 16) não havia sido levantado este diagnóstico, apesar das pessoas apresentarem risco de UPP, quer fosse ele baixo, médio ou alto, conforme estratificação apresentada na primeira NOC.

Nesta questão, importa mencionarmos o facto desta primeira NOC da Instituição considerar *Scores* diferentes da Escala de *Braden*, isto é, consideram-se 4 *Scores* e não os 2 preconizados pela Escala, respetivamente: Baixo risco (*Score* 15-18), Médio risco (*Score* 13-14), Alto risco (*Score* \leq 12) e ainda, Sem risco de desenvolvimento de UPP (*Score* \geq 19), sendo que neste último não se considera o levantamento do diagnóstico de UPP. Esta estratificação foi um dos parâmetros alvo de revisão na nova NOC, por não estarem de acordo com os preconizados pela Escala de *Braden*, nem tão pouco estarem validados para a população portuguesa.

Assim, e de acordo com a NOC atualmente em vigor, dos 33 casos considerados como não aplicáveis (62%), mencionamos que em 29 deles o diagnóstico não havia sido levantado porque a pessoa apresentava um *Score* \geq 19, ou seja, sem risco de desenvolvimento de UPP, não sendo recomendado o levantamento deste diagnóstico. Em 2 processos não considerámos a questão aplicável porque não havia sido levantado o Indicador de Enfermagem aquando da admissão. E, por fim, as restantes 2 situações porque não foram preenchidas todas as subescalas, não se obtendo um *Score* final.

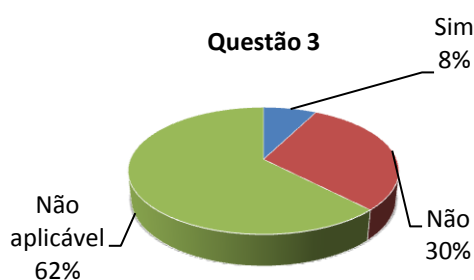


Gráfico 3 – Levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão

Quanto à quarta questão, 4. *Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP?*, o referido anteriormente em relação aos *Scores* deverá ser tido novamente em consideração, e relembramos o facto da nova NOC, ainda em aprovação, considerar que o diagnóstico de risco deve ser levantado a

todas as pessoas internadas, independentemente do *Score* corresponder a um Alto ou Baixo risco de desenvolver UPP.

Analisando, e conforme podemos observar no Gráfico 4, em nenhum dos processos foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP aquando da admissão. Em 8% dos casos (n=4) não foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP, correspondendo aos processos aos quais havia sido levantado este diagnóstico aquando da admissão. Destes 4, em 3 foi levantado o diagnóstico mas não de acordo com o *Score* avaliado previamente, e no outro caso, o diagnóstico foi levantado e a pessoa não apresentava risco de desenvolver UPP. Esta questão não foi aplicável a 92% dos processos (n= 49) por diversas razões, como a seguir expomos. Em 29 dos casos o diagnóstico não havia sido levantado porque a pessoa apresentava um *Score* ≥ 19 , isto é, sem risco de desenvolvimento de UPP, segundo a referida NOC. Detetámos que não podíamos aplicar esta questão aos 2 processos em que não havia sido levantado o Indicador de Enfermagem aquando da admissão, e aos outros 2 aos quais não tinham sido preenchidas todas as subescalas, não se obtendo um *Score* final. Por fim, em 16 processos verificámos que as pessoas tinham risco de desenvolver UPP, quer fosse ele baixo, médio ou alto, mas que não foi sequer levantado o diagnóstico (segundo a NOC em vigor), razão pela qual esta questão também não lhes foi aplicada.

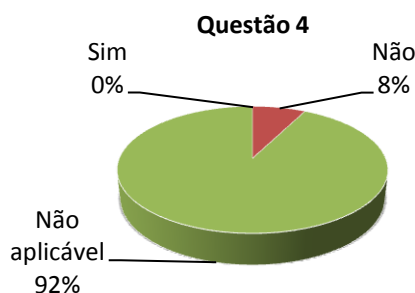


Gráfico 4 – Correto levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão

No que respeita à questão 5. *É programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento?*, devemos ter em consideração que está preconizada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento, a todas as pessoas internadas, de acordo com a própria Escala de *Braden*, as indicações da DGS (2011) e da nova NOC.

Analisando os resultados obtidos, e de acordo com o Gráfico 5, verificamos que em 43% dos processos (n=23) não foi programada a reavaliação do risco de UPP, mas que em 57% dos casos foi (n=30).



Gráfico 5 – Programação da reavaliação do risco de UPP

Como penúltima questão, temos 6. *Com que frequência é programada a reavaliação?*, mas antes de passarmos à análise dos resultados devemos ter em consideração que o recomendado pela DGS (2011) e pela NOC, para os Serviços de internamento, é uma reavaliação de 2/2 dias, existindo casos em que se preconiza uma avaliação diária, como na UCI, ou uma reavaliação pontual quando existem alterações significativas do estado de saúde da pessoa.

Observámos a existência de grande disparidade na seleção da frequência da reavaliação, desde uma avaliação diária, de 2/2, 3/3, 4/4, 5/5 e 7/7 dias, conforme demonstra o Gráfico 6.

Apenas foi programado um caso diariamente, e esta pessoa apresentava um *Score* de 9 e alteração significativa do seu estado de saúde, justificando-se assim esta opção. Foram programados 30% dos casos (n=16) de 2/2 dias, 17% de 3/3 dias (n=9), 2% de 4/4 dias e outros 2% de 5/5 dias (n=1+1), e por último, 4% dos processos foram programados de 7/7 dias (n= 2). Esta questão não foi considerada aplicável em 43% dos casos (n=23), pois na questão anterior não havia sido programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento.

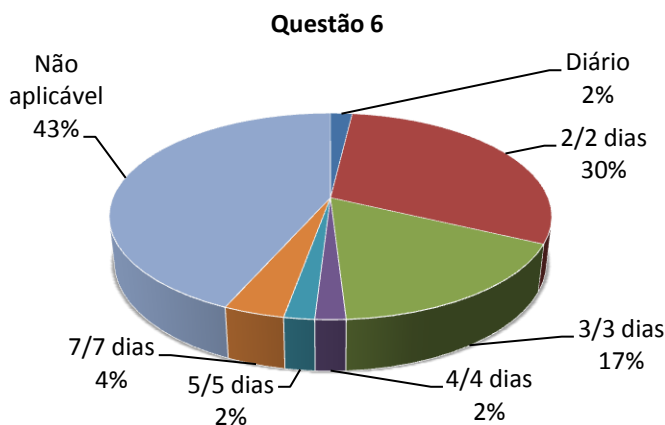


Gráfico 6 – Frequência programada para reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP

Por último, temos a questão 7. *Qual o horário definido para a avaliação do risco de UPP?*, que decidimos avaliar para percebermos qual o horário mais programado pelos Enfermeiros, e qual será o mais correto, conforme apresentamos no Gráfico 7.

Verificámos que a maioria dos Enfermeiros programa a intervenção com o horário Agora, 43% dos casos analisados (n=23), correspondendo ao número de processos aos quais não foi programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento. No turno da Manhã esta intervenção foi programada em 32% dos processos (n=17). Por sua vez, encontrámos a intervenção programada no turno da Tarde em 21% dos casos (n=11), e no turno da Noite em apenas 4% (n=2).

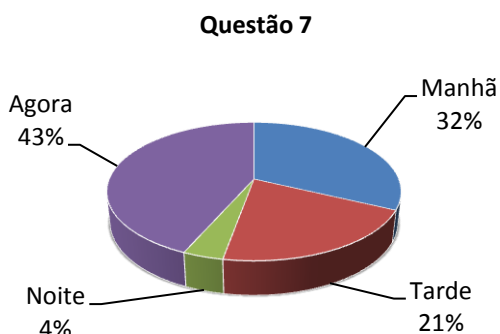


Gráfico 7 – Horário programado para a reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP

Face aos resultados apresentados, concluímos então que a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da escala de *Braden*, nem sempre é efetuada e registada de forma correta, existindo diversas inconformidades, apesar da existência de uma NOC, emanada pelo GPTF da Instituição.

Apesar dos factos seguidamente expostos não terem feito parte da grelha aplicada aquando da Consulta dos Processos, nem terem sido devidamente tratados, não são de menor importância, para podermos ter uma perceção global do problema:

- Os posicionamentos raramente são programados com horário de acordo com o risco de UPP avaliado, mas sim por turno;

- Em alguns processos, aquando das reavaliações do risco, apesar da pessoa passar a ter um *Score* com baixo, médio, ou alto risco de desenvolver UPP, não foi levantado o diagnóstico;

- Existem casos em que posteriormente à programação do Plano de Cuidados, o Enfermeiro que efetua registos num determinado turno dá termo à intervenção da reavaliação, apesar de estar corretamente programada, de acordo com as orientações da NOC.

Perante estes factos, torna-se evidente a necessidade de começarmos a nossa intervenção pela correta implementação da Escala de *Braden*, para posteriormente o GPTF poder implementar a NOC.

Apêndice V – Análise SWOT

S - STRENGTHS

(Pontos Fortes)

- Importância do papel do Enfermeiro na Prevenção de UPP;
- Existência de um Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas, a nível hospitalar;
- Existência de uma NOC, a nível hospitalar, sobre Prevenção de UPP, com o propósito de uniformizar a *praxis* de Enfermagem neste âmbito;
- Constituir um projeto interno a nível institucional, no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados;
- Necessidade de formar a equipa de Enfermagem acerca da NOC de Prevenção de UPP;
- Registos de prevalência de UPP no Serviço de Cirurgia Geral;
- Evidência empírica do desenvolvimento de UPP em pessoas internadas no Serviço;
- Aprovação da Enfermeira Chefe, Diretor de Serviço e Direção de Enfermagem;
- Equipa profissional maioritariamente jovem, motivada em desenvolver competências nesta área;
- Registos efetuados em *SClínico*, facilitando o processo de registo;
- Existência de disparidades e inconformidades nos registos de Enfermagem, sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP;
- Baixo investimento a nível económico;
- Existência de um Serviço de Formação orientado para todos os grupos profissionais, com elevado nível de eficiência e eficácia.

W - WEAKNESSES

(Pontos Fracos)

- Equipa de Enfermagem desfalcada, com vários elementos com ausências prolongadas (licenças de maternidade, acidentes em serviço, de entre outros);
- Risco de dificuldade em implementar certas etapas do PIS, relacionado com contingências do próprio Serviço - nomeadamente risco de baixa adesão às sessões formativas, pois poderá não ser possível efetuá-las em tempo de serviço, dado a equipa se encontrar a prestar cuidados com o número mínimo de elementos por turno;
- Risco de desmotivação por parte da equipa, para colocar em prática, em tempo útil, as orientações propostas, dada a atual conjuntura socioeconómica que o país atravessa, causadora desta desmotivação;
- Escassez de recursos humanos face ao número de pessoas internadas (geralmente lotação completa), e o seu grau de dependência, provocando uma sobrecarga de trabalho, o que condiciona que os profissionais tenham que optar e priorizar as suas intervenções, correndo-se o risco de desvalorizar algumas delas;
- Eventual resistência à mudança, de comportamentos e atitudes, por parte da equipa.

<p>Externa (Ambiente)</p>	<p>O - OPORTUNITIES</p> <p>(Oportunidades)</p>	<p>T - THREATS</p> <p>(Ameaças)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidência científica, a nível nacional e internacional, da importância/benefícios da prevenção de UPP; ▪ População alvo dos cuidados de Enfermagem cada vez mais informada e mais exigente; ▪ As UPP são um Indicador de Qualidade dos Cuidados de Saúde; ▪ Mercado envelhecimento populacional, com acréscimo do risco de comorbilidades; ▪ Melhoria para a comunidade – uma melhor avaliação do risco de desenvolvimento de UPP conduzirá certamente a uma diminuição das taxas de prevalência/incidência de UPP nas pessoas internadas, melhorando assim a sua qualidade de vida; ▪ Dotar a equipa de Enfermagem de mais competências na área da prevenção das UPP, para uma efetiva melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados, baseados na evidência científica; ▪ Melhorar os registos de Enfermagem relativamente à avaliação de desenvolvimento do risco de UPP; ▪ Aumentar o nível de satisfação da equipa de Enfermagem; ▪ Diminuir o tempo despendido pelos Enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas com UPP; ▪ Diminuir os custos institucionais associados ao tratamento de UPP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constrangimentos atuais, a nível nacional, de âmbito políticoeconómico, nomeadamente no que concerne à progressão na carreira, que interferem na motivação e desempenho dos profissionais, sendo muitas vezes responsáveis pela frustração e alienação da equipa; ▪ Risco de, simultaneamente, ocorrerem formações sobre a mesma temática.

Apêndice VI – Ficha de Planeamento do PIS

3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ano Letivo 2013/2014

Estudante: Marisa Isabel Gomes Aleixo	Orientador: Enfermeira Especialista M. C. - Professora Mariana Pereira
Instituição: Centro Hospitalar de X – Hospital de Y	Serviço: Cirurgia Geral
Título do Projeto: Prevenção de Úlceras por Pressão: Avaliação do Risco & Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	
Objetivos (geral, específicos, centrados na resolução do problema): <u>OBJETIVO GERAL</u> Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num Serviço de Cirurgia Geral, no âmbito da Prevenção das Úlceras por Pressão. <u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> <ul style="list-style-type: none">• Realizar formação à equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, relativamente à correta implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClinico</i>;• Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de <i>Braden</i>;• Promover a otimização dos registos em <i>SClinico</i>, acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP;• Avaliar a implementação do Projeto.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção: Para a realização de todo este projeto, necessitamos de articulação direta com várias pessoas, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none">• Sras. Enfermeiras Chefes do Serviço de Cirurgia Geral;• Sr. Diretor do Serviço de Cirurgia Geral;• Sra. Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar de X – Hospital de Y;	

- Sra. Enfermeira Especialista, M. C., Orientadora do Estágio I, II e III;
- Sra. Professora Mariana Pereira, Docente Orientadora da ESS/IPS, e do Estágio I, II e III;
- Sra. Enfermeira Coordenadora do Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF) da Instituição;
- Equipe de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, constituída por 48 Enfermeiros (enfermaria Homens e enfermaria Mulheres);
- Sra. Enfermeira responsável pelo Serviço de Gestão da Formação;
- Estudante do 3º Curso de MEMC, Marisa Aleixo, promotora do presente Projeto;

Esta articulação, a nível da Sra. Enfermeira Diretora, do Sr. Diretor do Serviço, das Sras. Enfermeiras Chefes do Serviço e da Sra. Enfermeira responsável pelo Serviço de Gestão da Formação, prende-se concretamente com a necessidade de pedidos de autorização para a realização de um PIS, dando conhecimento do mesmo em todas as suas etapas, no sentido de realizar um Projeto pertinente e adequado ao Serviço, com o consentimento e colaboração da equipa e seus responsáveis diretos, obtendo assim o seu parecer e *feedback*.

A Sra. Enfermeira Especialista, M. C., sendo Orientadora dos Estágios I, II e III, a prestar cuidados no Serviço onde implementaremos o Projeto, fornece ativamente o seu contributo científico e profissional, em todo o decorrer do trabalho, pois conhece aprofundadamente as verdadeiras necessidades do Serviço, e detém competências para nos orientar ao longo de todo o percurso, fazendo sempre o paralelismo entre o ideal e o exequível neste contexto.

No que diz respeito à Professora Mariana, Docente Orientadora, referimos o seu papel fulcral, salvaguardando que o PIS cumpre as normas, diretrizes e requisitos de excelência da ESS/IPS, com o rigor e metodologia científicos necessários a um trabalho desta natureza, dando assim resposta aos objetivos propostos, e contribuindo igualmente para a realização de um Projeto pertinente e exequível para o Serviço. É um elemento facilitador e incentivador da aprendizagem.

A articulação com a Sra. Enfermeira Coordenadora do GPTF não assume menor importância, pois é Perita na área em questão, possuindo também conhecimento das necessidades reais neste âmbito, a nível da Instituição.

Por sua vez, será de todo indispensável a articulação com a equipa de Enfermagem, auscultando simultaneamente todas as suas sugestões e considerações, para um Projeto mais sólido, pois este sem eles não será viável, sendo a sua participação fundamental, e a quem dirigimos a nossa intervenção.

Articularemos ainda com a Sra. Enfermeira responsável pelo Serviço de Gestão da Formação, que facilitará também o desenvolvimento da Formação, tendo proposto que a mesma decorra no âmbito da Formação em Serviço, com a devida autorização da Sra. Enfermeira Diretora.

Por fim, a Estudante Marisa Aleixo, enquanto promotora do Projeto, irá, em conjunto com os restantes elementos, desenhar e implementar o mesmo, para posteriormente podermos avaliá-lo e divulgar os resultados da intervenção.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realizar formação à equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, relativamente à correta implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClínico</i> ;	<ul style="list-style-type: none"> Realização de Pesquisa / Revisão Sistemática da literatura sobre a temática, de forma a sustentar o conhecimento; Realização de consulta da Formação efetuada pelo GPTF, no âmbito da prevenção de UPP, para adequação de conteúdos da presente formação, e para que não hajam duplicações; Elaboração do Plano de Sessão da Formação; Validação do Plano de Sessão da Formação com a Sra. Enfermeira Chefe, a Sra. Enfermeira Orientadora, a Docente Orientadora e a Sra. Enfermeira Coordenadora do GPTF; Elaboração do material de apoio à sessão de Formação, em <i>PowerPoint</i> – apresentação simples, objetiva, de curta duração, mas que ao mesmo tempo seja apelativa, como forma de dotar a equipa de mais competências na área, motivando-a; Elaboração de um documento orientador, a afixar juntos aos computadores onde os Enfermeiros efetuam registos, com um “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClínico</i>, de acordo com a nova NOC da Instituição, facilitando a sistematização do processo e igualmente a dinamização da implementação do Projeto junto da equipa; Elaboração de pequenos cartões de bolso, com o “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo 	<ul style="list-style-type: none"> Enfª Chefe; Enfª Orientadora; Docente Orientadora; Enfª Coordenadora do GPTF; Enfª responsável pelo Serviço de Gestão da Formação; Equipa de Enfermagem; Promotora do Projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> Computador pessoal com acesso à <i>Internet</i> e VPN do IPS; Computador do Serviço, com acesso à <i>Intranet</i>; <i>Software</i> de edição de texto e apresentações; Impressora; Tinteiros; Plastificadora e Folhas para Plastificação; Papel A4; Equipamento de Projeção; Disco USB; Sala de reuniões do Serviço; Caderno A4; Esferográficas; 	Vide Cronograma em Apêndice (APÊNDICE I).	<p>Apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Artigo Científico com Revisão Sistemática da literatura acerca da temática, para posterior divulgação; Plano de sessão da Formação; Cartaz de divulgação das sessões formativas; Material de apoio às sessões de Formação, em <i>PowerPoint</i>; Documento com “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i>; Cartões de bolso com o “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i>; <i>Dossier</i> com a apresentação da Sessão

	<p>registro em <i>SClínico</i>, para fornecer a cada Enfermeiro, facilitando assim o acesso à informação e sistematização da mesma;</p> <ul style="list-style-type: none"> Validação dos documentos elaborados junto da Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Docente Orientadora, e Enfermeira Coordenadora do GPTF; Realização de mais do que um momento formativo, projetamos 6, de forma a abranger o maior número de Enfermeiros possível – aos elementos a quem não for possível realizar formação, garantir que pelo menos cada chefe de equipa tem formação, proporcionando durante os turnos momentos em que se possa replicar a mesma, para que este possa posteriormente transmitir a mensagem aos colegas. Para que todos os Enfermeiros tenham acesso à informação, a sessão formativa ficará disponível num <i>Dossier</i>, e serão distribuídos os cartões de bolso a cada Enfermeiro. Aos Enfermeiros ausentes do Serviço durante o período da formação, pois estão previstas ausências por férias, acidente em serviço, licença de maternidade, garantimos que os mesmos terão acesso à informação assim que retomarem funções; Agendamento da data das sessões formativas; Divulgação das datas das sessões Formativas atempadamente, com cerca de duas semanas de antecedência, afixando um cartaz informativo em pontos- 		<ul style="list-style-type: none"> Tesoura, agrafador, furador, fita-cola, agrafes; <i>Dossier</i> de Arquivo; Separadores; 		<p>de Formação;</p> <ul style="list-style-type: none"> Sessão de Formação efetuada à equipa de Enfermagem, garantindo que, quem não assistiu à formação, tem acesso à informação através da consulta do <i>Dossier</i> com a apresentação, e através da distribuição dos cartões de bolso a cada Enfermeiro. Tal será avaliado com recurso às seguintes fórmulas: <p>a) $(N^{\circ} \text{ Enf}^{\text{os}} \text{ presentes na Formação} / N^{\circ} \text{ Total Enf}^{\text{os}} \text{ Serviço (ativos – Promotor)}) \times 100$</p> <p>b) $(N^{\circ} \text{ Enf}^{\text{os}} \text{ a quem se distribuiu a documentação} / N^{\circ} \text{ Total Enf}^{\text{os}} \text{ Serviço (ativos – Promotor)}) \times 100$</p> <ul style="list-style-type: none"> Relatório com o
--	--	--	--	--	--

	<p>chave do Serviço, como a Sala de passagem de turno, sala de registos e de preparação de terapêutica. Nele devem constar informações como a data, hora, local, de entre outras que se considerem pertinentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização da equipa, no sentido de os relembrar a participar nas sessões de formação, na semana antecedente às mesmas, por exemplo, nas passagens de turno, com o intuito de aumentar a adesão; • Realização das sessões de Formação à equipa de Enfermagem, focando a importância do papel do Enfermeiro na Prevenção das UPP, distribuindo no final os cartões de bolso a cada elemento. Sessões com cerca de 40-45 minutos, objetivas e simples, a decorrer no turno da Manhã, em dois horários distintos, por forma a abranger o maior nº de elementos possível; • Realização de avaliação da sessão de formação, no final da mesma. 				<p>resultado da avaliação das sessões de Formação.</p>
<p>Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de <i>Braden</i>;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração da equipa de Enfermagem no PIS, sensibilizando-a da importância e atualidade da temática, através da partilha de informações constantes da Sessão de Formação durante as passagens de turno, fornecendo apoio na realização dos registos em <i>SClínico</i>, esclarecendo eventuais questões durante os turnos, facultando a apresentação da Sessão de Formação num <i>Dossier</i> e os cartões de bolso; 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretor do Serviço; • Enfª Diretora; • Enfª Chefe; • Enfª Orientadora; • Docente Orientadora; • Enfª 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador pessoal com acesso à <i>Internet</i> e VPN do IPS; • Computador do Serviço, com acesso à <i>Intranet</i>; 	<p>Vide Cronograma em Apêndice (APÊNDICE I).</p>	<p>Apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento com “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i>; • Cartões de bolso com o “algoritmo” sobre a

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um documento orientador, a afixar juntos aos computadores onde os Enfermeiros efetuam registos, com um “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClínico</i>, de acordo com a nova NOC da Instituição, facilitando a sistematização do processo e igualmente a dinamização da implementação do Projeto junto da equipa; • Elaboração de pequenos cartões de bolso, com o “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClínico</i>, para fornecer a cada Enfermeiro; • Elaboração de um <i>Dossier</i> onde se encontre reunida a informação mais atual e pertinente sobre a temática em análise, constituindo um suporte de apoio à prática profissional. Nele devem também constar a apresentação / discussão dos resultados das Consultas efetuadas aos Processos em <i>SClínico</i> para colheita de dados, assim como os restantes instrumentos de apoio construídos para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP. Este <i>Dossier</i> deverá ficar acessível a toda a equipa, na Sala de Passagem de Turno, em local bem visível, facilitando a sua consulta; • Validação dos documentos elaborados junto da Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Docente Orientadora, e Enfermeira Coordenadora do GPTF; • Sensibilização da equipa acerca da importância da temática, e consequentemente da realização dos registos, pois através 	<p>Coordenadora do GPTF;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfª responsável pelo Serviço de Gestão da Formação; • Equipa de Enfermagem; • Promotora do Projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Software</i> de edição de texto e apresentações; • Impressora; • Tinteiros; • Plastificadora e Folhas para Plastificação; • Papel A4; • Equipamento de Projeção; • Disco USB; • Sala de reuniões do Serviço; • Caderno A4; • Esferográficas; • Tesoura, agraphador, furador, fita-cola, agraphes; • <i>Dossier</i> de Arquivo; • Separadores; 	<p>implementação da Escala de <i>Braden</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dossier</i> com compilação da informação pertinente sobre a temática e apresentação da Sessão de Formação.
--	--	---	--	--

	deles conseguimos dar continuidade e visibilidade aos cuidados prestados.				
Promover a otimização dos registos em <i>SClinico</i> , acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP;	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um documento orientador, a afixar juntos aos computadores onde os Enfermeiros efetuam registos, com um “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClinico</i>, de acordo com a nova NOC da Instituição, facilitando a sistematização do processo e igualmente a dinamização da implementação do Projeto junto da equipa; • Elaboração de pequenos cartões de bolso, com o “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClinico</i>, para fornecer a cada Enfermeiro, facilitando o acesso à informação; • Elaboração de um <i>Dossier</i> onde se encontre reunida a informação mais atual e pertinente sobre a temática em análise, constituindo um suporte de apoio à prática profissional. Nele devem também constar a apresentação / discussão dos resultados das Consultas efetuadas aos Processos em <i>SClinico</i> para colheita de dados, assim como os restantes instrumentos de apoio construídos para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP. Este <i>Dossier</i> deverá ficar acessível a toda a equipa, na Sala de Passagem de Turno, em local bem visível, facilitando a sua consulta; • Validação dos documentos elaborados junto da Enfermeira 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretor do Serviço; • Enfª Diretora; • Enfª Chefe; • Enfª Orientadora; • Docente Orientadora; • Enfª Coordenadora do GPTF; • Enfª responsável pelo Serviço de Gestão da Formação; • Equipa de Enfermagem; • Promotora do Projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador pessoal com acesso à <i>Internet</i> e VPN do IPS; • Computador do Serviço, com acesso à <i>Intranet</i>; • <i>Software</i> de edição de texto e apresentações; • Impressora; • Tinteiros; • Plastificadora e Folhas para Plastificação; • Papel A4; • Equipamento de Projeção; • Disco USB; • Sala de reuniões do Serviço; • Caderno A4; 	Vide Cronograma em Apêndice (APÊNDICE I).	<p>Apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano de sessão da Formação; • Cartaz de divulgação das sessões formativas; • Material de apoio às sessões de Formação, em <i>PowerPoint</i>; • Documento com “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i>; • Cartões de bolso com o “algoritmo” sobre a implementação da Escala de <i>Braden</i>, entregues a todos os Enfermeiros; • <i>Dossier</i> com compilação da informação pertinente sobre a temática e apresentação da Sessão

	<p>Chefe, Enfermeira Orientadora, Docente Orientadora, e Enfermeira Coordenadora do GPTF;</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilização da equipa acerca da importância da temática, e consequentemente da realização dos registos, pois através deles conseguimos dar continuidade e visibilidade aos cuidados prestados. Disponibilizar apoio na realização dos registos em <i>SClinico</i>, esclarecendo dúvidas; Realização de sessões formativas à equipa de Enfermagem, após prévio planeamento, utilizando os materiais de suporte construídos, como descrito anteriormente; 		<ul style="list-style-type: none"> Esferográficas; Tesoura, agraphador, furador, fita-cola, agraphes; <i>Dossier</i> de Arquivo; Separadores; 		<p>de Formação;</p> <ul style="list-style-type: none"> Formação efetuada / disseminada a toda a equipa de Enfermagem, com recurso às fórmulas referidas anteriormente; Relatório com o resultado da avaliação das sessões de Formação.
Avaliar a implementação do Projeto;	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão contínua sobre o processo de implementação do projeto; Reformulação de atividades planeadas sempre que necessário, de acordo com a avaliação contínua e possíveis dificuldades/constrangimentos que surjam no decorrer do projeto; Realização de Consultas aos Processos de Enfermagem em <i>SClinico</i>, para colheita de dados relativamente à correta implementação da Escala de <i>Braden</i> e respetivo registo em <i>SClinico</i>, em 2 momentos, utilizando a mesma grelha de observação (APÊNDICE II) e os mesmos critérios da primeira consulta realizada na etapa diagnóstica do PIS, para validação dos conhecimentos adquiridos / consolidados, no que concerne ao registo da avaliação do risco de desenvolvimento 	<ul style="list-style-type: none"> Diretor do Serviço; Enfª Diretora; Enfª Chefe; Enfª Orientadora; Docente Orientadora; Enfª Coordenadora do GPTF; Equipa de Enfermagem; Promotora do Projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> Computador pessoal com acesso à <i>Internet</i> e VPN do IPS; Computador do Serviço, com acesso à <i>Intranet</i>; <i>Software</i> de edição de texto e apresentações; Impressora; Tinteiros; Papel A4; Disco USB; 	Vide Cronograma em Apêndice (APÊNDICE I).	<p>Pretende-se um aumento dos índices relativos aos vários parâmetros avaliados, obtidos (na colheita de dados em <i>SClinico</i> para avaliação da implementação do projeto) nas Consultas aos Processos após formação, comparativamente com os índices obtidos na etapa de diagnóstico, com recurso às seguintes fórmulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> (Nº Processos consultados em que se

	<p>de UPP, após realização das sessões formativas, permitindo comparar resultados antes e depois das mesmas. A primeira Consulta será realizada três semanas após formação, e a segunda duas semanas depois, sob supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem no SCG (Enf.^a Orientadora);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de tratamento e análise dos dados recolhidos nas Consultas dos Processos de Enfermagem supramencionadas; • Planeamento das alterações / reforços necessários ao Projeto; • Apresentação dos resultados da Consulta de Processos supramencionada, no Relatório Final. 		<ul style="list-style-type: none"> • Caderno A4; • Esferográficas. 		<p>levantou como Indicador de Enfermagem a intervenção <i>Monitorizar o risco de UPP através da “Escala de Braden”</i> aquando da admissão da pessoa no Serviço / N^o Total Pessoas Internadas) x 100;</p> <ul style="list-style-type: none"> • (N^o Processos consultados que apresentem o risco de UPP avaliado nas primeiras 6 horas após a admissão da pessoa / N^o Total Pessoas Internadas) x 100; • (N^o Processos consultados que apresentem levantado o diagnóstico de UPP aquando da admissão / N^o Total Pessoas Internadas) x 100; • (N^o Processos
--	---	--	--	--	--

					<p>consultados que apresentem, na admissão, e mediante o Score de avaliação do risco de UPP, o diagnóstico de UPP corretamente levantado / N° Total Pessoas Internadas) x 100;</p> <ul style="list-style-type: none"> • (N° Processos consultados que apresentem corretamente programada a reavaliação do risco de UPP / N° Total Pessoas Internadas) x 100; <p>Apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento e análise dos dados obtidos através das Consultas dos Processos de Enfermagem, no Relatório Final.
--	--	--	--	--	---

Cronograma:

Vide por favor cronograma em Apêndice (APÊNDICE I).

Orçamento:

Dada a atual conjuntura socioeconómica do nosso país, e consequentemente dos Serviços de Saúde Públicos, pretendemos implementar este projeto com os menores gastos e impacto financeiro possíveis, pelo que otimizaremos, tanto quanto possível, os recursos pré-existentis.

Assim, os custos inerentes à realização deste projeto prendem-se diretamente com o tempo despendido pelos recursos humanos supramencionados, assim como alguns recursos materiais necessários ao seu desenvolvimento, pelo que a seguir apresentamos uma estimativa dos mesmos, sendo importante mencionarmos que a estimativa dos recursos materiais será mais fiável do que a dos materiais, pela sua própria definição.

Recursos Humanos:

Os recursos humanos necessários à realização deste PIS, como anteriormente mencionado, contemplam as seguintes pessoas, não sendo elas apresentadas por nenhuma ordem em específico:

- Sras. Enfermeiras Chefes do Serviço de Cirurgia Geral;
- Sr. Diretor do Serviço de Cirurgia Geral;
- Sra. Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar de X – Hospital de Y;
- Sra. Enfermeira Especialista, M. C., Orientadora do Estágio I e II;
- Sra. Professora Mariana Pereira, Docente Orientadora da ESS/IPS, do Estágio I e II;
- Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, constituída por 48 Enfermeiros (enfermaria Homens e enfermaria Mulheres);
- Sra. Enfermeira Coordenadora do Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas da Instituição;
- Sra. Enfermeira responsável pelo Serviço de Gestão da Formação;
- Estudante do 3º Curso de MEMC, Marisa Aleixo, promotora do presente Projeto;

A articulação com todos os elementos supracitados é essencial ao longo de todo o Projeto, pois todos eles sem exceção deram e darão seus contributos nas diversas etapas do mesmo.

Estimar o valor gasto com cada um destes elementos torna-se inviável, dada a sua elevada falibilidade, pelo que optámos por não o calcular. Ressalvamos o facto de, efetivamente não se despender qualquer gasto com os recursos humanos, porém, seria de extrema importância conseguirmos calcular os gastos, para valorização dos recursos.

Recursos Materiais:

Para podermos desenvolver o presente PIS, necessitamos de vários recursos a nível material, nomeadamente:

- Computador pessoal com ligação à *Internet* e VPN do IPS, para pesquisa bibliográfica, orientação e desenvolvimento do Projeto, bem como a entrega do mesmo;
- Computador no Serviço de Cirurgia Geral, com ligação à *Intranet*, para podermos aceder à documentação do Hospital, nomeadamente às Normas de Orientação Clínica, Procedimentos Setoriais, assim como efetuar as Consultas aos Processos de Enfermagem, no *SClínico*;
- *Software* de edição de texto e apresentações multimédia, preferencialmente *Microsoft Office*, por ser aquele que melhor dominamos, para a construção de documentos escritos inerentes ao PIS, assim como toda a documentação que o mesmo envolve;
- Impressora pessoal, a cores, para podermos efetuar a impressão de toda a documentação referente ao Projeto;
- Máquina Plastificadora, para podermos plastificar os cartões de bolso e o documento de apoio aos registos;
- Equipamento de Projeção – tela e Projetor, necessários para as sessões formativas (existentes no Serviço);
- Sala de reuniões do Serviço, para realizar as sessões de Formação;
- Tesoura, agraphador, furador e fita-cola, para organização / divulgação da documentação produzida.

Ao material supramencionado, também não poderemos estimar precisamente um custo associado, pois são materiais já existentes, quer sejam da promotora do Projeto ou do próprio Serviço.

Outros materiais há, para os quais conseguimos estimar os custos associados, de uma forma mais rigorosa, que a seguir apresentamos no Quadro nº 1:

Recursos Materiais	Justificação	Quantidade	Custo Estimado (em Euros)
Caderno A4 Pautado	Para efetuar apontamentos ao longo do PIS	1	0,50
Esferográficas	Para efetuar apontamentos ao longo do PIS	4	2
Resmas de Papel A4	Para impressão da documentação necessária, relativa ao PIS	2	6,98
Tinteiro Impressora Preto	Para impressão da documentação necessária, relativa ao PIS	1	27,49
Tinteiro Impressora Cores	Para impressão da documentação necessária, relativa ao PIS	1	40,49
Dossier de Arquivo	Para aquivo, organização e divulgação da documentação produzida	2	5,98

	Separadores	Para arquivo, organização e divulgação da documentação produzida	2	1,98	
	Folhas para Plastificar	Para plastificação: cartões de bolso e documento de apoio registos	4	19,50	
	Disco USB 16 GB	Para arquivo de toda a documentação produzida	1	8	
	Caixa de Agrafes	Para organização da documentação produzida	1	1,13	
Quadro nº 1: Orçamento dos recursos materiais necessários para a realização do PIS			Total	114,05	

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Na implementação do presente Projeto poderão surgir constrangimentos de várias ordens, alguns deles previsíveis, nomeadamente os que a seguir expomos, todavia, é de extrema importância conseguir gerir estas situações, pelo que apresentamos também as formas com que planeamos ultrapassá-las.

- *Mudança de Chefia* do Serviço, já na etapa de implementação / avaliação do PIS, por aposentação da Enfermeira Chefe que inicialmente acompanhou o Projeto. Poderemos ultrapassar eventuais constrangimentos integrando a nova Enfermeira Chefe em todo o PIS, assim que esta considerar oportuno, auscultando sugestões ou alguma alteração que considere pertinente.
- *Adesão da equipa de Enfermagem às sessões de formação inferior ao programado*, o que poderá ser ultrapassado através do agendamento e divulgação das mesmas com a devida antecedência, e em 6 momentos distintos, de modo a tentar abranger o maior número de Enfermeiros possível, sendo que programar abranger a totalidade da equipa seria extremamente ambicioso da nossa parte. Assim, cada elemento poderá escolher o dia mais oportuno para si. Porém, e também como estratégia, realizaremos as sessões de formação em conjunto com as outras duas colegas do MEMC, com curta duração, cerca de 40-45 minutos, objetivas e simples, a decorrer no período das 8h-16h, em dias e horário a definir, no final do mês de outubro, com o objetivo de tentar que alguns dos elementos escalados no turno da Manhã possam ser dispensados para assistir à formação durante aquele curto período, dependendo isto da disponibilidade do Serviço, com o intuito de incluir a formação em tempo de serviço e não pessoal, causando o menor transtorno possível ao Serviço e à própria equipa, promovendo assim uma maior adesão. Isto porque certamente será pouco provável a Sra. Enfermeira Chefe conseguir escalar alguns elementos especificamente para assistir à Formação, dados os constrangimentos da equipa. Recordar a equipa sobre a importância da sua presença nas sessões de formação, na semana antecedente, poderá aumentar também a adesão. Outra estratégia a utilizar, e para garantir que todos os Enfermeiros têm acesso à informação, abordaremos individualmente cada elemento, ou pelo menos cada Chefe de Equipa, incentivando-os a comparecer nas sessões formativas, realçando a importância da presença de todos, dada a pertinência e atualidade do tema. Disponibilizar a apresentação da Sessão de Formação num *Dossier* e distribuir os cartões de bolso com o “algoritmo” sobre a implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo em *SClinico*, serão outras estratégias válidas para que os Enfermeiros que não assistiram às sessões tenham acesso à informação. Aos elementos ausentes ao serviço no período em que decorrem as sessões formativas, pois prevê-se algumas ausências por férias, acidente em serviço, licença de maternidade, garantimos que os mesmos terão acesso à informação assim que retomarem funções. Importa formar o maior número de elementos possível, pois a formação servirá como pedra basilar para o presente Projeto. Pretendemos com a formação criar um momento de partilha de conhecimentos, em que poderão ser


colocadas dúvidas, sugestões e alterações pertinentes, isto é, será uma oportunidade para promover o projeto e fomentar o envolvimento da equipa.

- *Baixa adesão à implementação do PIS, em tempo útil, encarando a equipa a mesma como mais uma sobrecarga de trabalho* – especificamente no que concerne à correta implementação da Escala de Braden. Poderemos ultrapassar este obstáculo através do envolvimento da equipa no Projeto desde o seu início, logo na etapa diagnóstica, bem como no decorrer de todas as atividades do mesmo, para que sintam que este não acarretará uma sobrecarga de trabalho, mas sim um ganho, pois as propostas a implementar darão mais visibilidade às intervenções autónomas de Enfermagem, e promoverão, em última instância, uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas internadas no Serviço, no âmbito da Prevenção das Úlceras por Pressão. Oferecer disponibilidade para apoiar nos registos em *SClínico*, e para esclarecimento de todas as dúvidas existentes, pretendendo desta forma incentivar e motivar a equipa.
- *Constrangimentos de cariz pessoal* poderão surgir, podendo inviabilizar em tempo útil a realização de algumas etapas / atividades do PIS, pois sendo um trabalho de índole académica teremos que cumprir os prazos estabelecidos, de forma criteriosa, podendo provavelmente estes factos ser colmatados com um planeamento rigoroso das atividades, e naturalmente com recurso a uma eficaz gestão do tempo.

Apêndice VII – Cronograma do PIS

Cronograma		2014										2015
Mês		Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Atividade												
Pesquisa / Revisão da Literatura												
Diagnóstico de Situação												
Pedido de Autorização à Direção de Enfermagem												
Realização 1ª Consulta aos Processos / Análise												
Planeamento do Projeto												
Criação de Instrumento de Apoio aos Registos												
Planeamento da Formação												
Divulgação da Formação												
Preparação da Formação material de apoio												
Realização das Sessões Formativas												
Avaliação das Formações / Análise												
Consultas aos Processos após Formação / Análise												
Monitorização da Implementação do PIS												
Avaliação Final do Projeto												

Legenda:

 1 Semana (não à escala)

 Tempo previsto

 Tempo real

Apêndice VIII – Plano de Sessão da Formação

Plano de Sessão da Ação de Formação

Identificação da Formação	
Designação da Ação	Prevenção de Úlceras por Pressão – avaliação do risco
Formador	Marisa Aleixo ¹
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral do CHX
Pré-Requisitos	Enfermeiros a desempenhar funções no Serviço de Cirurgia Geral do CHX
Enfermeira Orientadora	MC
Enfermeira Chefe	HM
Docente Orientadora	Mariana Pereira
Datas de Realização	27 e 30 de outubro; 3 de novembro 2014
Horários	27 outubro: 11h00-11h45; 15h00-15h45 30 outubro: 9h00-9h45; 13h00-13h45 3 novembro: 10h00-10h45; 14h-14h45
Local de Realização	Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral
Duração da Sessão	45 Minutos

Objetivos da Formação	
Geral	Dotar os formandos de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo no <i>SClínico</i> , com recurso à Escala de Braden, por forma a promover a uniformização de procedimentos.
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar sumariamente o PIS • Apresentar orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo no <i>SClínico</i>, com recurso à Escala de Braden <p>No final da presente sessão é esperado que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da realização de um teste individual.

¹Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Cirurgia Geral do CHX
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Organização e Estrutura da Formação					
Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Avaliação da Aprendizagem	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do Formador e do Tema	Expositivo	PC Portátil	---	10
	Enquadramento da sessão – Sumário		Vídeo Projetor		
	Comunicação dos Objetivos da sessão: gerais e específicos		Apresentação <i>Power Point</i> ®		
	PIS – breve apresentação da metodologia				
	Verificação dos pré-adquiridos	Interrogativo	Inicial - Diagnóstica		
Desenvolvimento	Conteúdos Programáticos: ✓ PIS – Justificação da Pertinência do Tema ✓ Implicação das UPP ✓ UPP – Definição, classificação, fatores de risco ✓ Diagnóstico de situação ✓ Apresentação da Consulta efetuada aos Processos de Enfermagem → recomendações ✓ Apresentação da Escala Braden e das orientações para o seu preenchimento e registo no <i>SCLínico</i>	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	PC Portátil Vídeo Projetor Apresentação <i>Power Point</i> ® Fotocópias Escala Braden	Formativa	25
	Conclusão / Avaliação da Aprendizagem e da Ação de Formação	Apresentação de uma síntese: conteúdos mais significativos	Expositivo e Interrogativo	PC Portátil	---
Esclarecimento de eventuais questões		Vídeo Projetor			
Verificação dos resultados da aprendizagem através de uma avaliação formativa - Teste de Verdadeiro / Falso, com 6 questões.		Apresentação <i>Power Point</i> ®		Sumativa - Aplicação de um Teste	
Correção do Teste e entrega da Corrigenda		Fotocópias – Testes / Corrigenda; Avaliação Sessão		---	
Encerramento da sessão		Canetas			
Avaliação global da sessão através do preenchimento de um questionário					

¹Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Cirurgia Geral do CHX Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

**Apêndice IX – Documento de Apoio aos Registos de
Enfermagem no *SClínico***

Úlceras por Pressão (UPP) - Avaliação do Risco de Desenvolvimento

Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no SClínico

Admissão: Selecionar o Indicador de Enfermagem como Atitude Terapêutica e seguidamente a intervenção *Monitorizar risco de UPP* através da "escala de braden".

Programar esta intervenção para avaliar "AGORA", e posteriormente de 2/2 dias, no turno da Manhã.

Importante: Reavaliar o risco de UPP sempre que a pessoa apresente alterações significativas do seu estado geral.

Monitorizar o risco de UPP através da **Escala de Braden nas primeiras 6h após a admissão**, preenchendo todas as sub-escalas. Registrar o **Score** final no ícone dos Alertas.

Processo de Enfermagem: Selecionar a **Úlcera de Pressão** como Foco de Atenção a todas as pessoas internadas. Atribuir *Status*, e, a nível das especificações compostas, selecionar o risco de acordo com o **Score** avaliado através da Escala de Braden (**Alto Risco** ≤ 16 ; **Baixo Risco** ≥ 17), para formular corretamente o **Diagnóstico de Enfermagem**.

Intervenções de Enfermagem Sugeridas

Baixo Risco UPP

- ✓ Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de braden" (2/2 dias)
- ✓ Vigiar a pele (Manhã)

Alto Risco UPP

- ✓ Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de braden" (2/2 dias)
- ✓ Aplicar creme (M/T/N)
- ✓ Manter a pele seca (M/T/N)
- ✓ Massajar partes do corpo (M/T/N)
- ✓ Planear a dieta (M/T)
- ✓ Posicionar a pessoa (2/2 horas)*
- ✓ Providenciar colchão anti-úlcera de pressão (Agora)
- ✓ Providenciar equipamento para prevenção da úlcera de pressão (Agora)
- ✓ Aliviar zona de pressão através de almofada (M/T/N)
- ✓ Vigiar a pele (M/T/N)

*Pessoas com Score 1 e 2 na subescala da Percepção Sensorial, Atividade e Mobilidade

**Apêndice X – Cartão de Bolso de Apoio aos Registos de
Enfermagem no *SClínico***

Úlceras por Pressão (UPP) - Avaliação do Risco de Desenvolvimento

Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no SCLínico

Admissão: Selecionar o Indicador de Enfermagem como Atitude Terapêutica e seguidamente a intervenção Monitorizar risco de UPP através da "escala de braden".

Programar esta intervenção para avaliar "AGORA", e posteriormente de 2/2 dias, no turno da Manhã.

Importante: Reavaliar o risco de UPP sempre que a pessoa apresente alterações significativas do seu estado geral.

Monitorizar o Risco de UPP através da **Escala de Braden** nas primeiras 6h após a admissão, preenchendo todas as sub-escalas. Registar o **Score** final no ícone dos Alertas.

Processo de Enfermagem: Selecionar a **Úlcera de Pressão** como Foco de Atenção a todas as pessoas internadas. Atribuir **Status**, e, a nível das especificações compostas, selecionar o risco de acordo com o **Score** avaliado através da Escala de Braden (**Alto Risco** ≤ 16 ; **Baixo Risco** ≥ 17), para formular corretamente o **Diagnóstico de Enfermagem**.

Intervenções de Enfermagem Sugeridas

Baixo Risco UPP

- ✓ Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de braden" (2/2 dias)
- ✓ Vigiar a pele (Manhã)

Alto Risco UPP

- ✓ Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de braden" (2/2 dias)
- ✓ Aplicar creme (M/T/N)
- ✓ Manter a pele seca (M/T/N)
- ✓ Massajar partes do corpo (M/T/N)
- ✓ Planejar a dieta (M/T)
- ✓ Posicionar a pessoa (2/2 horas)*
- ✓ Providenciar colchão anti-úlcera de pressão (Agora)
- ✓ Providenciar equipamento para prevenção da úlcera de pressão (Agora)
- ✓ Aliviar zona de pressão através de almofada (M/T/N)
- ✓ Vigiar a pele (M/T/N)

*Pessoas com Score 1 e 2 na subescala da Perceção Sensorial, Atividade e Mobilidade

Adaptado: Norma da Orientação Clínica (NOC): Prevenção de úlceras por pressão 2016. Centro Hospitalar de Setúbal - Serviço de Prevenção e Tratamento de Feridas, DIFECIO-BMFI, 01.01.2016. Orientação: 11/2017/2011 - Base de Braden Versão 2016 e Pad. Clínica (Braden 2) 2011.
Marisa Aleixo - Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal;
Enfª Orientadora: [Redacted]; Docente Orientadora: Mariana Pereira; Enfª Chefe: [Redacted]

Apêndice XI – Apresentação da Formação em *Power Point*[®]

Centro Hospitalar
Hospital
Hospital

IPS
Instituto Português de Saúde
Pública

IPS
Instituto Português de Saúde
Pública

Prevenção de Úlceras por Pressão – avaliação do risco

Serviço de Cirurgia Geral

Unidade Curricular: Estágio III
Enfermeira Orientadora:
Docente Orientadora: Mariana Pereira
Enfermeira Chefe: Mariana Pereira

Estudante:
Marisa Aleixo

Setúbal, 27 e 30 outubro, 3 novembro de 2014
Duração: 45 minutos

Sumário

- Introdução - Objetivos
- Breve enquadramento do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS)
- Diagnóstico de Situação
- Escala de Braden
- Avaliação

Objetivos

Objetivo Geral

- ✓ Dotar os formandos de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo no *SClinico*, com recurso à Escala de Braden, por forma a promover a uniformização de procedimentos.

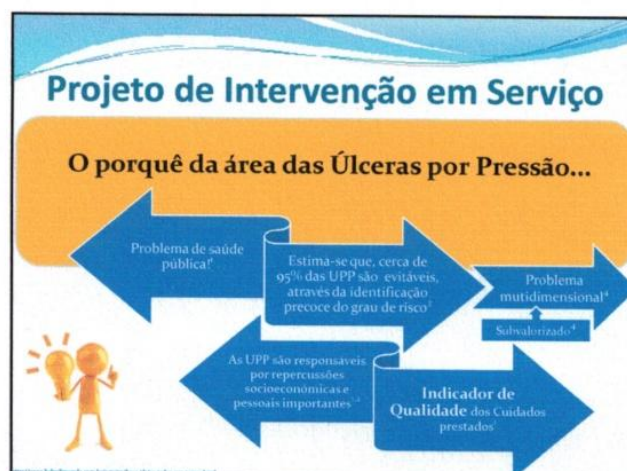
Objetivos

Objetivos Específicos

- ✓ Apresentar sumariamente o Projeto de Intervenção em Serviço
- ✓ Apresentar orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo no *SClinico*, com recurso à Escala de Braden

No final da presente sessão é esperado que os formandos sejam capazes de:

- ✓ Demonstrar conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da realização de um teste individual.



Úlceras por Pressão - Definição³

Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

Classificação³

Categoria I – Eritema Não Branqueável em Pele Intacta

Categoria II – Perda Parcial da Espessura da Pele

Categoria III – Perda Total da Espessura da Pele

Categoria IV – Perda Total da Espessura dos Tecidos

Úlceras por Pressão – Fatores Risco^{4,5}

FATORES INTRÍNSECOS

- ✓ Idade
- ✓ Pressão arterial baixa
- ✓ Limitação da mobilidade
- ✓ Diabetes
- ✓ Desnutrição / desidratação
- ✓ Insuficiência vasomotora
- ✓ Vasoconstricção periférica e alterações endoteliais
- ✓ Condição física

FATORES EXTRÍNSECOS

- ✓ Pressão
- ✓ Fricção
- ✓ Forças deslizamento
- ✓ Superfícies de apoio
- ✓ Humidade
- ✓ Terapêutica

Avaliação do Risco - Escalas^{1,3,4}



Nenhuma escala é Perfeita *per si!*

Diagnóstico Situação

Problema

Inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de Braden, aquando da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, no Serviço de Cirurgia Geral, apesar da existência de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) sobre a *Prevenção de UPP*, a nível hospitalar.

Ferramentas
Diagnóstico
SWOT



Consulta
Registo
Prevalência
UPP no SCG
2013/2014



Consulta
Processos
Enfermagem
- Clínica



Fundamentação
do Diagnóstico
de situação

Norma de Orientação Clínica⁷

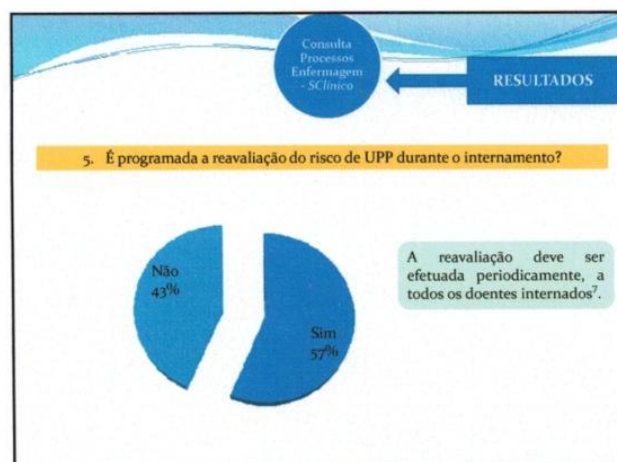
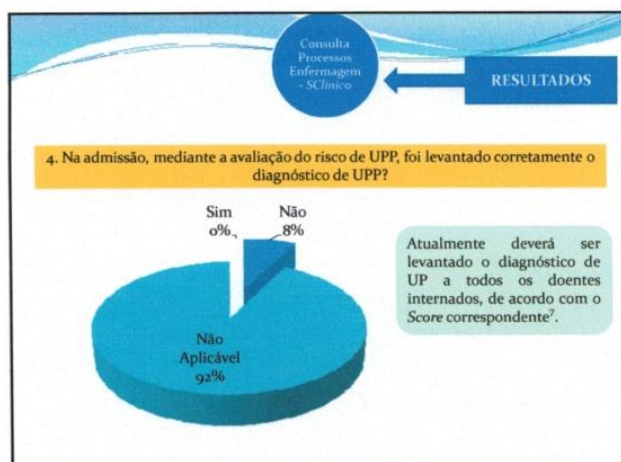
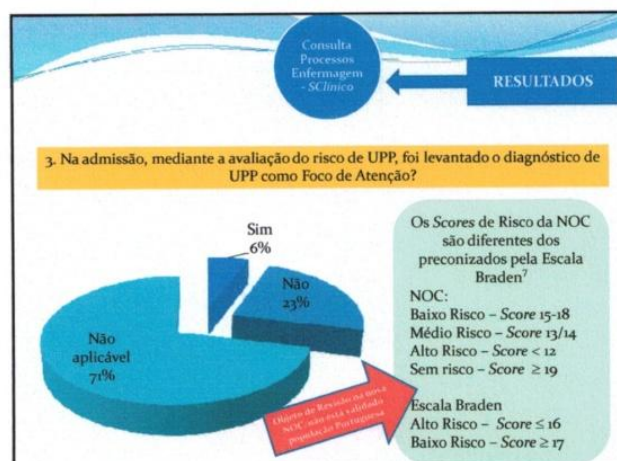
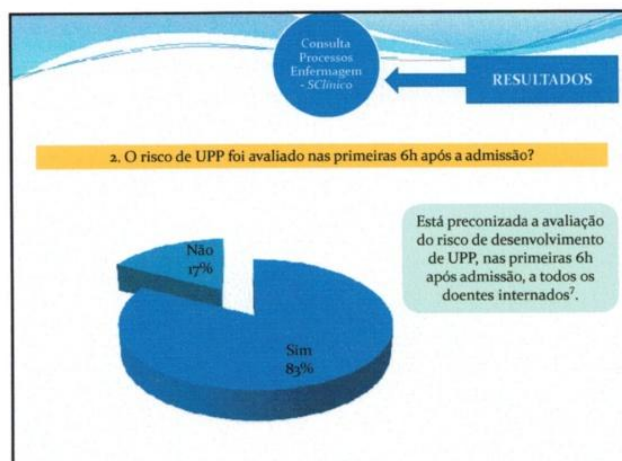
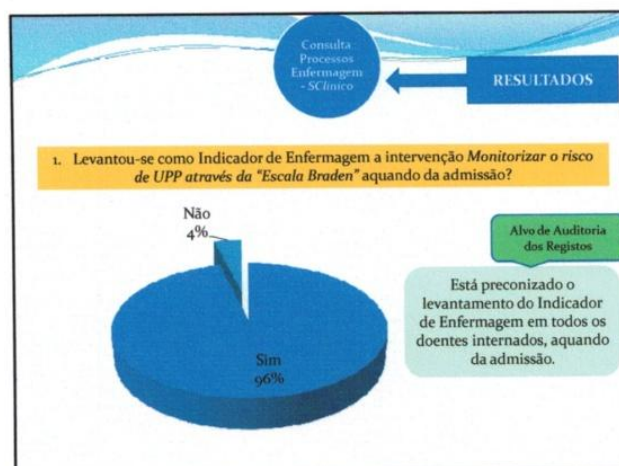
	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	
	Prevenção de úlceras por pressão	Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

Este documento fornece orientações gerais para os profissionais do (definidos no Campo de Aplicação) sobre a abordagem e tratamento desta condição, baseadas na experiência clínica e em evidência científica identificada nas Referências Bibliográficas. Poderão ocorrer desvios devido à individualidade dos casos e preferência justificada do médico.

Uniformizar os procedimentos na prevenção de úlceras por pressão nas práticas diárias da equipa de enfermagem.

NOC em revisão

Grelha de Consulta - aplicada a 53 Processos				
Consulta Processos Enfermagem - SClínico	Sim	Não	NA	Observações
1. Levantou-se como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da "Escala Braden" aquando da admissão?				
2. O risco de UPP foi avaliado nas primeiras 6h após a admissão?				
3. Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção?				
4. Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP?				
5. É programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento?				
6. Com que frequência é programada a reavaliação?				
7. Qual o horário definido para a avaliação do risco de UPP?				Manhã - Tarde - Noite - Agora -



1. Percepção sensorial Pretende-se avaliar a capacidade de reação significativa da pessoa ao desconforto relacionado com a pressão

3. **Ligeiramente Limitada:**
Reage a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,
OU
Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir a dor ou desconforto numa ou nas duas extremidades.

4. **Nenhum impedimento:**
Reage às instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir a dor ou desconforto.

2. Humidade Pretende-se avaliar o nível de exposição da pele à humidade

1. **Pele constantemente húmida:**
A pele mantém-se quase sempre húmida devido a transpiração, urina, etc. É detetada humidade sempre que a pessoa é deslocada ou virada.

2. **Pele húmida:**
A pele nem sempre está húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos 1 vez por turno.

Incontinência?

2. Humidade Pretende-se avaliar o nível de exposição da pele à humidade

3. **Pele ocasionalmente húmida:**
A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis, aproximadamente 1 vez por dia.

4. **Pele raramente húmida:**
A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.

3. Atividade Pretende-se avaliar o nível de atividade física da pessoa

1. **Acamado:**
A pessoa está confinada à cama.

2. **Sentado:**
Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou na cadeira de rodas.

3. Atividade Pretende-se avaliar o nível de atividade física da pessoa

3. **Marcha ocasional:**
Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.

4. **Marcha frequente:**
Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 1/2 horas durante o período em que está acordado.

4. Mobilidade Pretende-se avaliar a capacidade da pessoa alterar e controlar a posição do corpo

1. **Completamente imobilizado:**
Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.

2. **Muito limitada:**
Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.

Pretende-se avaliar a capacidade da pessoa alterar e controlar a posição do corpo

3.

Ligeiramente limitado:

Muda ligeiramente e com frequência a posição do corpo e das extremidades sem qualquer ajuda.

4.

Nenhuma limitação:

Consegue mudar facilmente e com frequência de posição sem ajuda.

5. Nutrição

Pretende-se avaliar a alimentação habitual**8

1.

Muito pobre:

Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios).

Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias

2.

Provavelmente inadequada:

Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético

Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos/alimentos por sonda.

5. Nutrição

Pretende-se avaliar a alimentação habitual

3

Adequada:

Como mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,

OU

É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total que satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.

4

Excelente:

Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição.
Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições de carne e laticínios.
Come ocasionalmente entre as refeições.
Não requer suplementos.

6. Fricção e Forças de deslizamento

1.

Problema:

Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.

Espasticidade, contrações ou agitação leva a fricção quase constante.

2.

Problema potencial:

Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos.

A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.

6. Fricção e Forças de deslizamento

3

Nenhum problema aparente:

Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição boa na cama ou cadeira a maior parte do tempo.



BAIXO RISCO UPP: Score ≥ 17 Intervenções Sugeridas

Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de braden" (2/2 dias)

Vigiar a pele (Manhã)

ALTO RISCO UPP: Score ≤ 16 Intervenções Sugeridas

Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de braden" (2/2 dias)

Aplicar creme* (M/T/N)

Manter a pele seca (M/T/N)

Massajar partes do corpo* (M/T/N)

Planear a dieta (M/T)

Posicionar a pessoa** (2/2 horas)

Providenciar colchão anti-úlcera de pressão (Agora)

Providenciar equipamento para prevenção da úlcera de pressão (Agora)

Aliviar zona de pressão através de almofada (M/T/N)

Vigiar a pele (M/T/N)

Ensinos:
pessoa e
familiares

Nota:

- As **intervenções** preventivas deverão ser **selecionadas** / implementadas **de acordo com** o **Score** avaliado em **cada subescala**⁷.

Todas as UPP de Categoria I ou Superior, que se tenham desenvolvido durante o internamento, devem ser notificadas através do sistema de notificação de incidentes.

Norma 77.31 do Programa de Acreditação Internacional para Organização de Saúde, Versão 01, 2010

SUGESTÃO!

Sinalizar as pessoas com ALTO RISCO UPP, colocando um íman no quadro.

UPP

Documento de Apoio aos Registos



Relembrando...^{1,4,7}

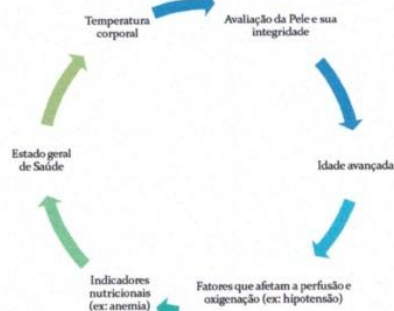
- ✓ Selecionar o **Indicador de Enfermagem** como Atitude Terapêutica e seguidamente a **intervenção** Monitorizar o risco de UPP através da "Escala Braden" aquando da **admissão**;
- ✓ Monitorizar o risco de UPP, através da Escala de Braden, **nas primeiras 6 horas após a admissão**, preenchendo todas as subescalas. Registrar o Score final no ícone dos Alertas;
- ✓ Programar esta intervenção para avaliar "AGORA", e posteriormente de **2/2 dias**, no turno da Manhã, nos Serviços de Internamento (Diariamente: SUG, UCI). Reavaliar o risco de UPP sempre que se verifiquem alterações significativas do estado geral da pessoa;

Relembrando...^{1,4,7}



- ✓ Selecionar a **Úlcera de Pressão** como Foco de Atenção, e atribuir o *Status* de acordo com o *Score* avaliado através da Escala de Braden, para formular corretamente o **Diagnóstico de Enfermagem** → todas as pessoas internadas;
- ✓ Selecionar as **Intervenções de Enfermagem** de acordo com o diagnóstico de Enfermagem;
- ✓ Quanto menor o valor do *Score*, maior o risco de desenvolvimento de UPP:
 - ✓ **Alto Risco:** *Score* ≤ 16
 - ✓ **Baixo Risco:** *Score* ≥ 17

Não basta avaliar o risco de UPP através da Escala de Braden! Devemos considerar também:^{3,4,5,7}



Conclusão

"Nós somos ou tornamo-nos nas coisas que fazemos repetidamente. Portanto, a excelência pode deixar de ser só acontecimento e transformar-se num hábito."

Albert Einstein

Conclusão



Assegura a comunicação na equipa multidisciplinar

Prova de adequado plano de cuidados

Garante acompanhamento da evolução clínica – continuidade e visibilidade dos cuidados prestados

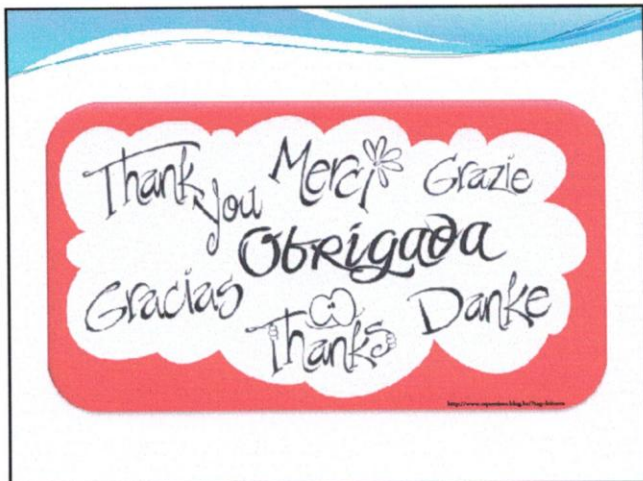
Conclusão

Avaliar o risco de desenvolvimento de UPP é fundamental no planeamento e posterior implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento¹.

Referências Bibliográficas



1. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Orientação nº 07/2011 – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). 2011. [Consultado a 10/01/2014]. Disponível em <http://www.dsa.gov.pt/Arquivos/Documentos/braden%20q.pdf>
2. CABETE, Dulce (Coordenação) – Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual. Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, 2006. ISBN: 972-8439-29-5.
3. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. [Consultado a 15/01/2014]. Disponível em http://www.npuap.org/publications/Prevention_and_treatment_of_pressure_ulcers.pdf
4. FERREIRA, Pedro et al. – Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.
5. MORISON, Moya – Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8983-68-1.
6. Braden B, Bergstrom N. – A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehab Nurs; 1987; 12(1): 8-16.
7. Norma de Orientação Clínica (NOC): Prevenção de úlceras por pressão. 2010. Centro Hospitalar de – Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas
8. GAIF – Escala de Braden – Guia para a aplicação prática. Disponível em <http://www.gaif.net/sites/default/files/Escala%20de%20braden%20gaif%205%206%202010.pdf>
9. Centro Hospitalar de – Registos de Enfermagem: Guia Orientador. Disponível na Intranet do Centro Hospitalar de



Teste		Verdadeiro	Falso
1.	O diagnóstico de UPP apenas deverá ser levantado às pessoas que apresentem alto risco.		
2.	Aquando da interpretação da Escala de Braden, quanto maior for o Score, maior o risco de desenvolvimento de UPP.		
3.	A reavaliação do risco de UPP deve ser efetuada periodicamente, a todos os doentes internados.		
4.	A Escala de Braden contempla 6 dimensões, que devem ser avaliadas individualmente, e não necessitam de ser todas preenchidas.		
5.	A avaliação do risco de úlcera por pressão (UPP) deve ser efetuada após as 6 horas de admissão.		
6.	No internamento, a reavaliação do risco de UPP não deve ser programada diariamente.		

Teste - Corrigenda		Verdadeiro	Falso
1.	O diagnóstico de UPP apenas deverá ser levantado às pessoas que apresentem alto risco.		FALSO
2.	Aquando da interpretação da Escala de Braden, quanto maior for o Score, maior o risco de desenvolvimento de UPP.		FALSO
3.	A reavaliação do risco de UPP deve ser efetuada periodicamente, a todos os doentes internados.	VERDADE	
4.	A Escala de Braden contempla 6 dimensões, que devem ser avaliadas individualmente, e não necessitam de ser todas preenchidas.		FALSO
5.	A avaliação do risco de úlcera por pressão (UPP) deve ser efetuada após as 6 horas de admissão.		FALSO
6.	No internamento, a reavaliação do risco de UPP não deve ser programada diariamente.	VERDADE	

Apêndice XII – Cartaz de Divulgação das Sessões Formativas

Formação Em Serviço

Cirurgia Geral



	27 Out ^A	30 Out ^B	3 Nov ^C
Avaliação da Capacidade Funcional das Pessoas Internadas no SCG: Aplicação da Escala de Barthel 	9h 13h	10h 14h	11h 15h
Otimização de Práticas na Prestação de Cuidados à Pessoa em Isolamento de Contacto 	10h 14h	11h 15h	09h 13h
Prevenção de Úlceras por Pressão – avaliação do risco Marisa Aleixo ¹	11h 15h	9h 13h	10h 14h

Duração de cada sessão: 45min

Locais: A – Sala da CCI;
 B – Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral;
 C – Sala de Sessões do Serviço de Cirurgia Geral.

Nota: Nos dias das sessões, os Enfermeiros não escalados para o Serviço deverão efetuar o registo biométrico – tempo contabilizado em banco de horas.

¹Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

**Apêndice XIII – Avaliação Sumativa da Formação:
Teste e Corrigenda**

Prevenção de Úlceras por Pressão - avaliação do risco

Teste de Avaliação Formativa

Após ter assistido à sessão de Formação sobre o tema supracitado, e por forma a validar a aquisição de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo em *SClínico*, com recurso à Escala de *Braden*, pedimos que efetue o presente teste, respondendo Verdadeiro e Falso às afirmações que se seguem.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. O diagnóstico de UPP apenas deverá ser levantado às pessoas que apresentem alto risco.		
2. Aquando da interpretação da Escala de <i>Braden</i> , quanto maior for o <i>Score</i> , maior o risco de desenvolvimento de UPP.		
3. A reavaliação do risco de UPP deve ser efetuada periodicamente, a todos os doentes internados.		
4. A Escala de <i>Braden</i> contempla 6 dimensões, que devem ser avaliadas individualmente, e não necessitam de ser todas preenchidas.		
5. A avaliação do risco de UPP deve ser efetuada após as 6 horas de admissão.		
6. No internamento, a reavaliação do risco de UPP não deve ser programada diariamente.		

Obrigado pela vossa presença, atenção e colaboração!

Prevenção de Úlceras por Pressão - avaliação do risco

Teste de Avaliação Formativa - Corrigenda

Após ter assistido à sessão de Formação sobre o tema supracitado, e por forma a validar a aquisição de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo em *SClínico*, com recurso à Escala de *Braden*, pedimos que efetue o presente teste, respondendo Verdadeiro e Falso às afirmações que se seguem.

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. O diagnóstico de UPP apenas deverá ser levantado às pessoas que apresentem alto risco.		X
2. Aquando da interpretação da Escala de <i>Braden</i> , quanto maior for o <i>Score</i> , maior o risco de desenvolvimento de UPP.		X
3. A reavaliação do risco de UPP deve ser efetuada periodicamente, a todos os doentes internados.	X	
4. A Escala de <i>Braden</i> contempla 6 dimensões, que devem ser avaliadas individualmente, e não necessitam de ser todas preenchidas.		X
5. A avaliação do risco de UPP deve ser efetuada após as 6 horas de admissão.		X
6. No internamento, a reavaliação do risco de UPP não deve ser programada diariamente.	X	

Obrigado pela vossa presença, atenção e colaboração!

**Apêndice XIV – Relatório de Avaliação das
Sessões de Formação**



www.digipedia.com.br/imagens/4-4-projetos-e-aplicacoes-de-combustivel/28169

Relatório de Avaliação das Sessões de Formação:
Prevenção de Úlceras por Pressão – avaliação do risco

Elaborado Por:

Marisa Aleixo

Setúbal, dezembro de 2014

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, do 3.º Semestre do 2.º Ano, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, mais concretamente no Módulo de Estágio III, surgiu-nos a necessidade de elaboração de um documento que avaliasse as sessões de formação realizadas à equipa de enfermagem, no âmbito do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), desenvolvido no Serviço de Cirurgia Geral (SCG), pelo que surge o presente relatório, onde primeiramente descrevemos o processo formativo, passando seguidamente à análise dos resultados obtidos nas sessões, quer a nível da avaliação formativa das mesmas, bem como a nível da avaliação da sessão pelo formando.

Conforme havíamos delineado anteriormente, aquando do Planeamento do PIS, após realização de uma revisão da literatura e de uma entrevista não estruturada com o Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF) do Centro Hospitalar (CH), com o intuito de validar os conteúdos da formação por eles efetuada neste âmbito, nos outros Serviços, a fim de adequar os conteúdos da nossa formação, procedemos à elaboração de um Plano de Sessão (Apêndice I), que posteriormente foi validado por vários elementos, respetivamente: Sra. Enfermeira Orientadora, Sra. Enfermeira Chefe, Docente Orientadora e Sra. Enfermeira Coordenadora do GPTF.

Delineámos como objetivo geral *Dotar os formandos de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo no SClínico, com recurso à Escala de Braden, por forma a promover a uniformização de procedimentos*. Por sua vez, como objetivos específicos, *Apresentar sumariamente o PIS; e, Apresentar orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo no SClínico, com recurso à Escala de Braden*, sendo esperado que no final de cada sessão os formandos fossem capazes de: *Demonstrar conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da realização de um teste individual*.

Seguiu-se então a construção de alguns materiais de apoio à formação, nomeadamente: o Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no SClínico (Apêndice II), com toda a informação relativa à implementação da Escala de Braden e respetivo registo, de acordo com a nova NOC, o Cartão de Bolso com a informação contida no documento previamente referido (Apêndice III), e a apresentação da Sessão em

suporte *Power Point*[®] (Apêndice IV). Ressalvamos o facto de todos estes documentos terem sido devidamente validados pelos elementos supramencionados.

Agendámos seguidamente as datas das sessões formativas, em três dias distintos, duas sessões por dia, perfazendo um total de seis sessões realizadas à equipa de enfermagem do SCG, com o intuito de abranger o maior número de enfermeiros possível. A referir que o agendamento das mesmas foi efetuado conjuntamente com outras duas colegas que se encontravam a desenvolver em simultâneo o seu PIS no SCG, pois também elas efetuaram sessões formativas como estratégia de implementação do Projeto. Optámos assim por juntar os momentos formativos num mesmo dia, em horas distintas, por forma a facilitar e fomentar a participação dos enfermeiros em todas as sessões, em consonância com a Sra. Enfermeira Orientadora e a Sra. Enfermeira Chefe.

Para divulgação das mesmas, foi então elaborado um Cartaz (Apêndice V), onde mencionámos o Tema de cada sessão e o respetivo Formador, as datas (27 e 30 de outubro e 3 de novembro) e os horários de cada sessão (no períodos das 9h-12h e das 13h-16h), a duração (45 minutos cada), assim como o local de realização das mesmas.

A sua afixação decorreu duas semanas antes da primeira sessão formativa, em pontos estratégicos do Serviço, como a Sala de Passagem de Turno, a Sala de Registos, a Sala de Preparação da Terapêutica e a Copa. Na semana antecedente, e com o intuito de relembrar a equipa sobre a importância da frequência das formações, fomos difundindo a informação nas passagens de turno, enviámos *email* informativo para toda a equipa, e criámos um evento no *Facebook*.

Dada a relevância dos temas, a Direção de Enfermagem e o Serviço de Gestão da Formação (SGF) propuseram a inclusão destas formações no plano de Formação em Serviço, e a Sra. Enfermeira Chefe conseguiu, com muito esforço, gerir o horário da equipa de forma a escalar mais elementos no turno da manhã dos dias agendados para a formação, como estratégia promotora da adesão de um maior número de enfermeiros. Outra estratégia facilitadora da adesão, foi o facto dos elementos não escalados de serviço poderem efetuar o registo biométrico, sendo o tempo de permanência nas formações contabilizado em Bolsa de Horas.

Realizámos então as referidas sessões nas datas/horários previstos, de acordo com o Plano de Sessão e os respetivos objetivos previamente definidos, com intervalos de 15 minutos entre cada sessão, nos quais oferecemos um pequeno *coffee-break*, com o objetivo de não tornar os períodos formativos muito exaustivos para os formandos, transformando

esta pequena pausa num momento promotor de reflexão, apreensão e aquisição de conhecimentos, troca de ideias e convívio entre a equipa.

Decorreram na Sala de Sessões do Serviço, como agendado, com exceção do primeiro dia, em que ocorreu uma Reunião Médica ao longo do dia, não programada, o que nos obrigou a utilizar uma sala significativamente mais pequena, a única disponível nesse dia, mas que não dispunha das condições mais desejadas, já que foi também o dia em que tivemos uma maior abrangência de formandos. No que diz respeito aos Equipamentos e Meios Audiovisuais, importa mencionarmos o uso do computador portátil adaptado a projetor, tendo sido a imagem projetada em tela própria para o efeito.

Decorrente da criação dos documentos de apoio à formação, surgiu ainda a criação de um íman (Figura 1) para auxiliar a identificação das pessoas com Alto Risco de desenvolvimento de UPP, a colocar no quadro de trabalho da Sala de Registos, pois deste modo, aquando da Passagem de Turno, o enfermeiro poderá rápida e facilmente visualizar quais as pessoas com $Score \leq 16$, e assim planear/priorizar os seus cuidados. O mesmo foi também apresentado nas sessões formativas, tendo sido previamente analisado e validado pela Sra. Enfermeira Orientadora, Sra. Enfermeira Chefe, Docente Orientadora e pela Sra. Enfermeira Coordenadora do GPTF, que felicitaram a ideia, caracterizando-a como inovadora e bastante útil.

Figura 1- Íman identificativo das Pessoas com Alto Risco de desenvolver UPP



Passando concretamente à avaliação da formação, começamos por mencionar que, através da realização das seis sessões planeadas, abrangemos 92,7% da equipa de enfermagem ativa, sendo extremamente importante referirmos que, à data da realização das formações, do universo de 48 enfermeiros do SCG, apenas 42 se encontravam ativos (os restantes 6 encontravam-se ausentes, em situação de atestado). Destes 42 elementos, excluímos ainda, para efeitos de contabilização de abrangência de elementos pela sessão de formação, a promotora do projeto, sendo então possível contabilizarmos 41 elementos ativos, como demonstra o Gráfico 1.

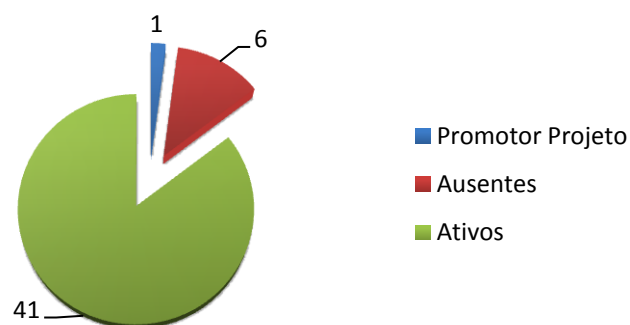


Gráfico 1 - Equipa de Enfermeiros do SCG

Elaborámos um Quadro com a Distribuição dos Formandos – Quadro 1, onde podemos observar a distribuição destes pelos diferentes dias, os que estavam escalados em horário de trabalho, e os que vieram do exterior. Contámos ainda com a participação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que se encontravam a realizar Estágio no SCG, perfazendo um total de 42 elementos formados, respetivamente: 38 enfermeiros e 4 Estudantes, conforme apresentamos no referido Quadro.

	27 outubro		30 outubro		3 novembro	
	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Nº Total Enfermeiros	12	10	3	4	4	5
Nº Enfermeiros distribuídos em horário	11	8	2	4	3	4
Nº Enfermeiros fora horário de trabalho	1	2	1	--	1	1
Nº Estudantes	2	--	--	2	--	--
Sub-Total	14	10	3	6	4	5
Total	38 Enfermeiros + 4 Estudantes					

Quadro 1 - Distribuição dos Formandos

Assim sendo, e em jeito de conclusão, após análise do Quadro anterior, dos 41 enfermeiros pertencentes à equipa ativa, foram escalados 32, para poderem participar nas sessões de formação em horário laboral, estando os restantes 6 elementos fora do seu

horário de trabalho, conforme demonstra o Gráfico 2. O Registo de Presenças foi efetuado em impresso disponibilizado pelo SGF.

Analisando ainda este mesmo gráfico, concluímos que apenas 3 dos elementos da equipa ativa não frequentaram a formação, tendo-lhes sido apresentado posteriormente o PIS, os conteúdos abordados na sessão formativa, e entregue o Cartão de Bolso com a informação contida no Documento de Apoio aos Registos de Enfermagem no *SCLínico*, anteriormente distribuído aos formandos, aquando do *terminus* da sessão. O referido cartão foi elaborado com o intuito de facilitar o acesso à informação e a sistematização da mesma.

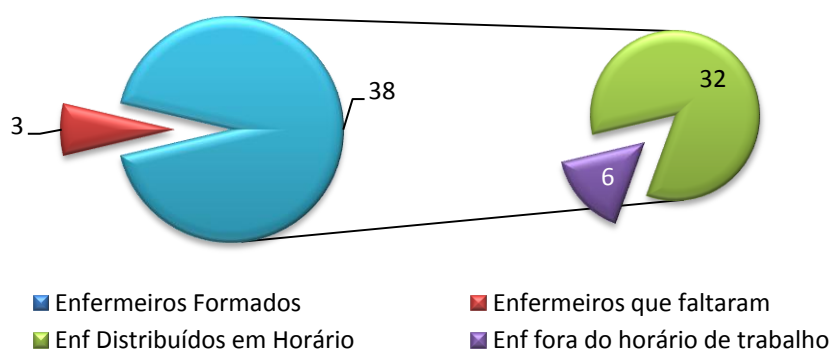


Gráfico 2 - Participação da Equipa de Enfermagem na Formação

Antes de passarmos à avaliação formativa, gostaríamos ainda de referir que, no que respeita à apresentação do íman, os formandos demonstraram bastante agrado face à sua utilização, reforçando a sua importância na identificação precoce das pessoas com Alto Risco de desenvolvimento de UPP.

No que concerne à avaliação sumativa das sessões, efetuámos um pequeno Teste de Avaliação (Apêndice VI) no final de cada sessão, com seis questões de verdadeiro e falso, relacionadas com as temáticas abordadas. Após a sua realização, procedemos à correção conjunta, e posteriormente à entrega da respetiva corrigenda (Apêndice VII). Dos 42 Testes aplicados, 35 formandos (83,3%) obtiveram uma pontuação de 100%, respondendo corretamente a todas as questões. Os restantes 7 falharam apenas uma questão, auferindo uma classificação de 83,3%, referindo todos eles que o sucedido se relacionou com a má interpretação da afirmação.

Relativamente à avaliação da sessão por parte dos formandos, recorreremos à aplicação do impresso em vigor na Instituição, disponibilizado pelo SGF (Anexo I). Este avalia a sessão em 4 categorias (Programa da Ação, Funcionamento da Ação, Apreciação

Global da Ação e Intervenção do Formador), constituídas por diferentes parâmetros, classificados numa escala de 1 a 4, respetivamente: Insuficiente, Suficiente, Bom e Muito Bom.

Efetuámos então uma análise pormenorizada de cada categoria e dos respetivos parâmetros, que a seguir apresentamos, conjuntamente com os gráficos correspondentes, para melhor visualização pelo leitor.

No que respeita ao Programa da Ação, este é constituído por 5 parâmetros de avaliação: Objetivos da ação, Conteúdos da ação, Estrutura, Utilidade do tema e Cumprimento do horário. No primeiro parâmetro, Objetivos da ação, 39 formandos classificaram Muito Bom e 3 classificaram Bom, conforme podemos observar no Gráfico 3 - Classificação dos Objetivos da Ação. Os Conteúdos da ação obtiveram igual classificação (Gráfico 4 - Classificação dos Conteúdos da Ação). Relativamente à Estrutura da formação, foi classificada como Muito Boa por 36 formandos, e como Boa por 6 (Gráfico 5 - Classificação da Estrutura da Formação). No item direcionado à Utilidade do tema, 39 formandos atribuíram uma classificação Muito Boa, e os restantes 3 Boa (Gráfico 6 - Classificação da Utilidade do Tema). Por último, no que respeita ao Cumprimento do horário, 40 formandos consideraram este item como Muito Bom, e os outros 2 Bom (Gráfico 7 - Classificação do Cumprimento do Horário).

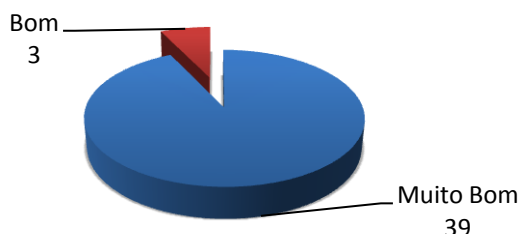


Gráfico 3 - Classificação dos Objetivos da Ação

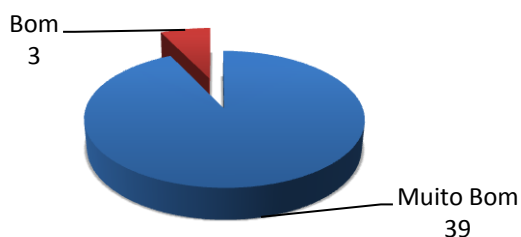


Gráfico 4 - Classificação dos Conteúdos da Ação

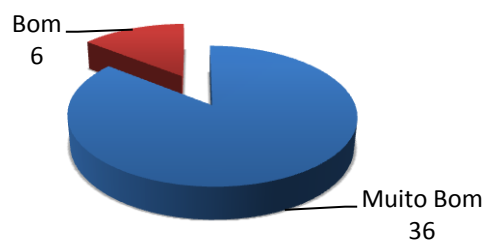


Gráfico 5 - Classificação da Estrutura da Formação

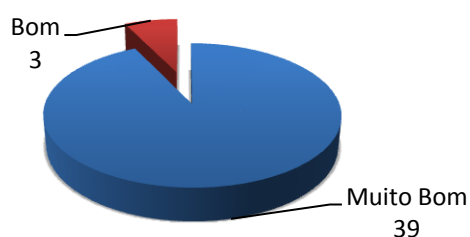


Gráfico 6 - Classificação da Utilidade do Tema

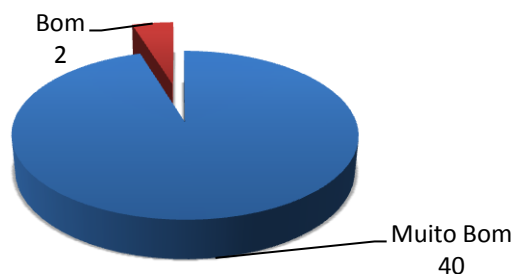


Gráfico 7 - Classificação do Cumprimento do Horário

Quanto ao Funcionamento da Ação, o impresso avalia as Instalações, os Equipamentos e Meios Audiovisuais, bem como a Documentação. No item das Instalações, e antes de passarmos propriamente à análise dos resultados, importa referirmos que no primeiro dia de sessões a sala utilizada não foi a programada (Sala de Sessões do Serviço), mas sim uma significativamente mais pequena, a única disponível nesse dia, pois decorreu simultaneamente uma Reunião Médica, não programada. Este facto levou a que as instalações nesse dia não tivessem as condições mais adequadas, já que foi também o dia

em que tivemos uma maior abrangência de formandos. Nos restantes dias, as sessões decorreram na sala agendada, com condições bastante mais favoráveis.

Assim, neste primeiro parâmetro, 15 formandos classificaram as Instalações como Muito Boas, outros 15 como Boas, 11 consideraram-nas Suficiente, e apenas 1 atribuiu classificação Insuficiente, conforme demonstra o Gráfico 8 - Classificação das Instalações. Face a esta discrepância, e como anteriormente referimos, importa não esquecermos que no primeiro dia as condições das instalações não foram as mais adequadas, sendo também o dia com maior abrangência, o que poderá ser justificativo destas classificações.

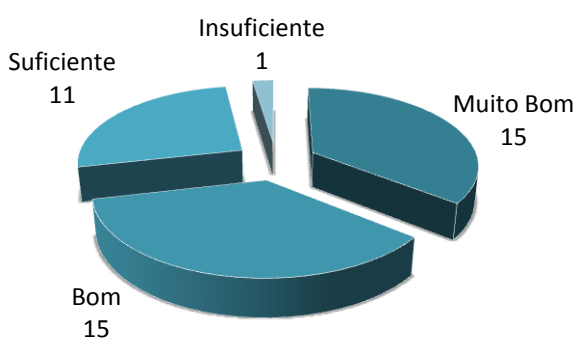


Gráfico 8 - Classificação das Instalações

No que diz respeito aos Equipamentos e Meios Audiovisuais, importa mencionarmos o uso do computador portátil adaptado a projetor, tendo sido a imagem projetada em tela destinada para o efeito. Todos os equipamentos pertencem aos SCG, com exceção do computador. Relativamente à classificação atribuída pelos formandos, 33 consideraram os equipamentos Muito Bons, e 9 classificaram-nos como Bons (Gráfico 9 - Classificação dos Meios).

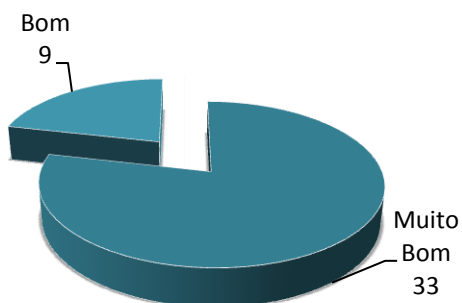


Gráfico 9 - Classificação dos Meios Audiovisuais

Por último, quanto à classificação da Documentação utilizada, 39 formandos consideraram-na Muito Boa, e os restantes 3 pontuaram-na como Boa (Gráfico 10 - Classificação da Documentação).

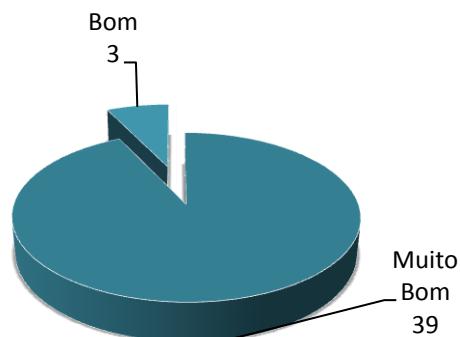


Gráfico 10 - Classificação da Documentação

Passando à terceira categoria incluída na avaliação realizada pelo formando, a Apreciação Global da Ação, 39 formandos consideraram que esta sessão formativa terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, e 3 não responderam a esta questão (Gráfico 11 - Impacto Positivo da sessão no desempenho). À questão “Se sim, de que forma?”, 7 formandos não responderam. Dos 33 que responderam, obtivemos várias respostas, que mostramos no Gráfico 12 - Respostas atribuídas à questão "De que forma a sessão terá impacto positivo no seu desempenho?".

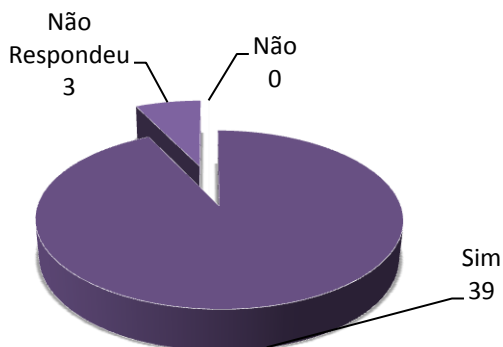


Gráfico 11 - Impacto Positivo da sessão no desempenho

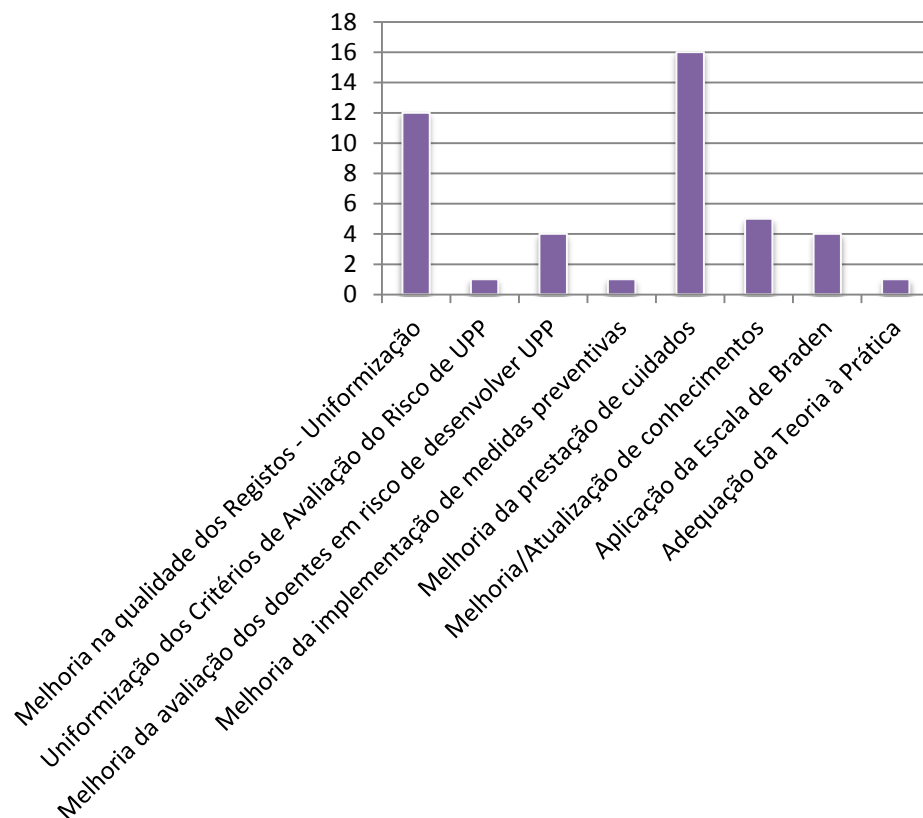


Gráfico 12 - Respostas atribuídas à questão "De que forma a sessão terá impacto positivo no seu desempenho?"

Respeitante à questão, “Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?”, 34 formandos classificaram-na como Muito Boa, 1 como Boa, e 7 não responderam (Gráfico 13 - Qualificação global da formação).



Gráfico 13 - Qualificação global da formação

Relativamente aos Pontos Fortes da sessão, obtivemos respostas por parte de 11 formandos, que apresentamos no Gráfico 14 - Pontos Fortes da Formação.

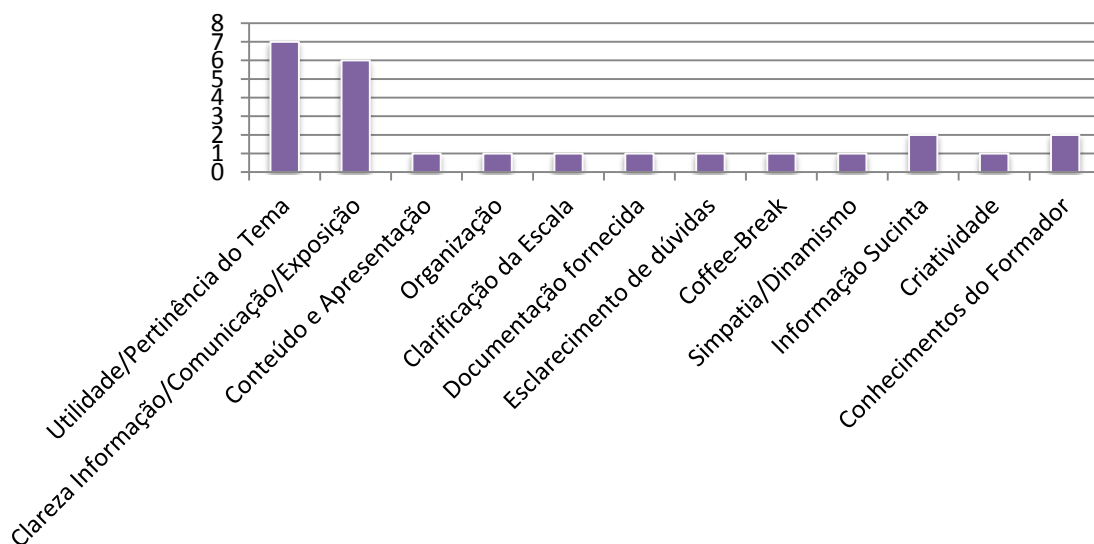


Gráfico 14 - Pontos Fortes da Formação

No campo das Oportunidades de Melhoria, apenas um formando respondeu, mencionando a inclusão de “imagens das categorias das UPP” como oportunidade de melhoria.

Por fim, no ponto das Sugestões/Observações, foi referida a “melhoria do rácio enfermeiro/doente em função da necessidade das intervenções de Enfermagem” e o “incluir fotografias das UPP no processo do doente”, por um único formando.

Passando à última categoria em avaliação, a Intervenção do Formador, esta é também constituída por vários parâmetros, mais concretamente: Domínio dos temas e conteúdos abordados; Clareza da linguagem utilizada; Capacidade para esclarecimento de dúvidas; Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos; Utilização de meios didáticos (*PowerPoint*[®], vídeos, filmes,...); e Cumprimento dos horários.

Analisando o primeiro parâmetro, Domínio dos temas e conteúdos abordados, 39 formandos atribuíram a classificação de Muito Bom, e 3 a classificação de Bom (Gráfico 15 - Classificação do Domínio dos Temas e Conteúdos abordado). No que respeita à

Clareza da linguagem utilizada, 38 formandos atribuíram a classificação de Muito Bom, e 4 de Bom (Gráfico 16 - Classificação da Clareza da Linguagem Utilizada). Quanto à Capacidade para esclarecimento de dúvidas, 37 formandos consideraram-na como Muito Boa, e 5 classificaram-na como Boa (Gráfico 17 - Classificação da Capacidade para Esclarecimento de Dúvidas). Relativamente à Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos, 38 atribuíram a classificação de Muito Bom, e 4 consideraram Bom (Gráfico 18 - Classificação da Capacidade de Motivação/Relacionamento com os Formandos).

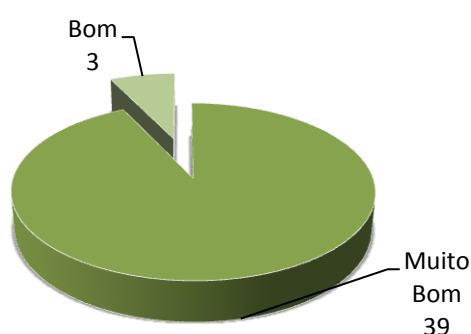


Gráfico 15 - Classificação do Domínio dos Temas e Conteúdos abordados

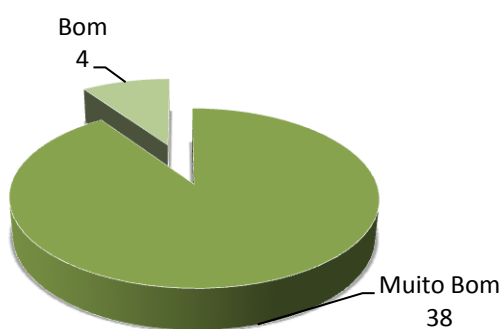


Gráfico 16 - Classificação da Clareza da Linguagem Utilizada

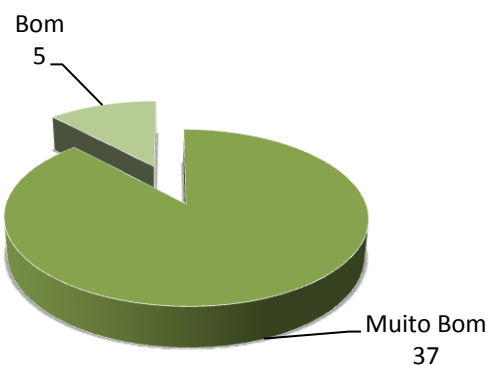


Gráfico 17 - Classificação da Capacidade para Esclarecimento de Dúvidas

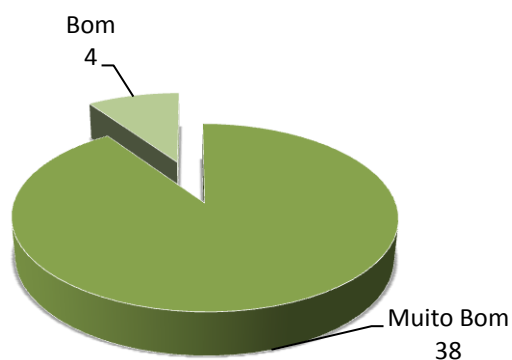


Gráfico 18 - Classificação da Capacidade de Motivação/Relacionamento com os Formandos

Ainda no âmbito da classificação da Intervenção do Formador, no parâmetro de Utilização de meios didáticos (*PowerPoint*[®], vídeos, filmes,...), 39 formandos atribuíram uma classificação de Muito Bom, e 3 consideraram Bom (Gráfico 19 - Classificação da Utilização de Meios Didáticos). Por último, no que diz respeito ao Cumprimento de horários, 40 formandos consideraram-no Muito Bom, e 2 classificaram-na como Bom (Gráfico 20 - Classificação do Cumprimento de Horários).

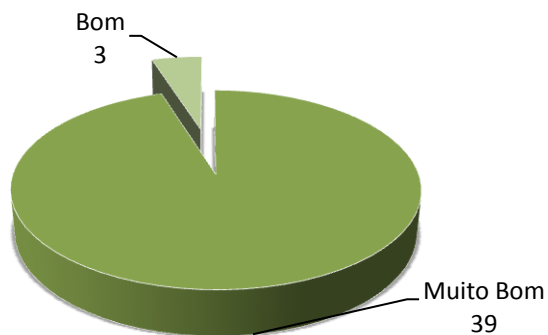


Gráfico 19 - Classificação da Utilização de Meios Didáticos

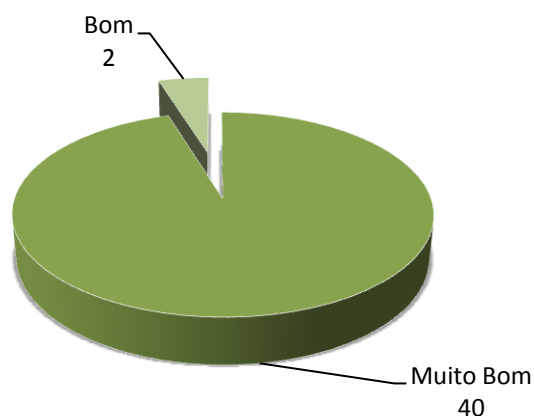


Gráfico 20 - Classificação do Cumprimento de Horários

Relembramos o facto do Plano de Sessão ter sido cumprido rigorosamente, o que facilitou todo o processo formativo. Por todo o exposto ao longo do presente relatório, concluímos que os objetivos inicialmente delineados para a sessão de formação foram atingidos, tanto o geral como os específicos, na medida em que *Dotámos os formandos de conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) e respetivo registo no SClínico, com recurso à Escala de Braden, por forma a promover a uniformização de procedimentos* – objetivo geral. No que concerne aos objetivos específicos, *Apresentámos sumariamente o PIS, e Apresentámos orientações para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo no SClínico, com recurso à Escala de Braden*, em que no final de cada sessão os formandos *Demonstraram conhecimentos sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da realização de um teste individual*, onde a maioria dos formandos (83,3%) obteve uma classificação de 100%, e os restantes de 83,3%, verificando-se por isto uma boa capacidade de apreensão de conhecimentos, estando então o indicador de avaliação atingido.

No decorrer das sessões, e variando de grupo para grupo, foram surgindo por parte dos formandos algumas questões específicas sobre a aplicação da Escala, as quais foram respondidas adequada e atempadamente, pelo que consideramos que a capacidade de resposta por parte do formador se revelou adequada. A discussão por vezes gerada, no que respeita à aplicação e respetivo registo da Escala, foi promotora de algumas sugestões de alteração ao sistema informático, que serão reportadas no futuro, pois de momento as mesmas não são praticáveis dada a breve implementação de um novo Programa de Registos, a nível Nacional.

De uma forma global, consideramos que o *feedback* obtido por parte dos formandos foi bastante positivo, como demonstrado nos dados anteriormente apresentados, e pelo *feedback* dado informalmente, enaltecendo a importância de formações nesta área. E, apesar de alguns colegas considerarem este PIS mais uma sobrecarga de trabalho, reconheceram que efetivamente a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e posterior registo é a prova de um adequado plano de cuidados, assegurando a comunicação na equipa multidisciplinar, e garantindo o acompanhamento da evolução clínica, promovendo assim a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados, que se pretendem continuamente melhores.

Com a realização destas sessões formativas, foi-nos possível desenvolver algumas das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da Competência B - Domínio da Melhoria da Qualidade, uma vez que através da formação pretendemos promover a uniformização de procedimentos no SCG relativamente à temática apresentada, estando a mesma inserida num dos Indicadores de Qualidade da Instituição. A otimização dos registos de enfermagem, pretendida através da referida formação, permitirá também uma melhoria da qualidade na prática, dado os registos serem parte fundamental e integrante da nossa *praxis*. Assim, o PIS pode então ser inscrito num programa de melhoria contínua da qualidade.

Também relativamente à Competência D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a Metodologia de Trabalho de Projeto permitiu ampliar competências neste âmbito, uma vez que a formação realizada implicou primeiramente aquisição e aprofundamento de conhecimentos sobre a temática em questão, para posteriormente os poder difundir na equipa de enfermagem do SCG.

**Apêndice XV – Resultados da Consulta aos Processos de
Enfermagem após Formação da Equipa de Enfermagem**

Resultados da Consulta aos Processos de Enfermagem após Formação da Equipa de Enfermagem

No âmbito da avaliação do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), e com o intuito de avaliar o impacto das sessões de formação efetuadas à equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral (SCG), na área da avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP), efetuámos, conforme planeado anteriormente, dois momentos de consultas aos Processos de Enfermagem em *SClínico*, após realização da referida formação, com recurso à mesma grelha utilizada aquando do diagnóstico de situação, para validar se existiram mudanças ao nível da implementação da Escala de *Braden* e respetivo registo.

Estas consultas decorreram sob supervisão do elemento Auditor dos Registos de Enfermagem no SCG (Enfermeira Orientadora), e com recurso aos mesmos critérios de inclusão na amostra aplicados aquando do diagnóstico de situação.

Assim, a primeira Consulta foi efetuada 3 semanas após a última sessão de formação, e a segunda 5 semanas após, respetivamente. Foram efetuadas num único dia dessa semana, à totalidade das pessoas internadas no referido Serviço (enfermaria Homens e Mulheres), há pelo menos 24 horas. Considerámos, tal como no diagnóstico de situação, os registos do enfermeiro que efetuou primeiramente o Plano de Cuidados da pessoa, aquando da admissão, não considerando assim as reprogramações efetuadas posteriormente. Não foram também incluídas as pessoas internadas no SCG, mas que haviam sido admitidas inicialmente noutros Serviços, nem tão pouco as pessoas com data de internamento anterior à data da última sessão de formação.

Passamos então à apresentação e respetiva discussão dos resultados, lembrando que o SCG tem uma lotação total de 56 camas.

1ª CONSULTA AOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM APÓS FORMAÇÃO DA EQUIPA

Na primeira Consulta, realizada no final de novembro de 2014, foram analisados 37 processos, tendo sido excluídos da análise 8 processos por admissão anterior à data da última formação, 1 por admissão noutro Serviço, e 9 por admissão há menos de 24h, traduzindo-se a soma destes números numa taxa de ocupação de 98,2%.

Observando a primeira questão da grelha de Consulta, *1. Levantou-se como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da “Escala Braden” aquando da admissão?*, dos 37 processos analisados, apenas num não foi levantada esta intervenção, correspondendo a um total de 97% de processos aos quais foi levantada esta intervenção (Gráfico 1), estando preconizado o levantamento deste Indicador à totalidade das pessoas internadas, aquando da sua admissão no Serviço.

Comparando esta questão antes e após a realização da sessão de formação, verificamos um ligeiro aumento das percentagens dos processos aos quais foi levantada a referida intervenção (96% → 97%).

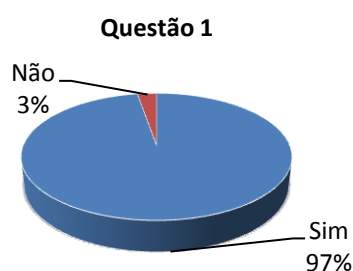


Gráfico 1 - Levantamento do Indicador de Enfermagem aquando da admissão

No que diz respeito à segunda questão, *2. O risco de UPP foi avaliado nas primeiras 6h após a admissão?*, verificámos que, dos 37 processos em análise, em 33 foi avaliado o risco de UPP nas primeiras 6 horas após admissão, correspondendo a 89% de conformidade, conforme se pode observar no Gráfico 2.

Também nesta questão se verificou um aumento, ainda que pequeno, das percentagens, comparativamente à Consulta aos Processos antes e após a realização das sessões formativas (83% → 89%).

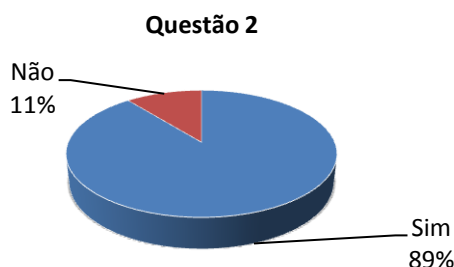


Gráfico 2 - Avaliação do risco de UPP nas primeiras 6h após admissão

Relativamente à questão 3. *Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção?*, em 68% dos processos analisados havia sido levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção (Gráfico 3), sendo preconizado pela nova Norma de Orientação Clínica (NOC) do Centro Hospitalar (CH) o levantamento deste diagnóstico à totalidade das pessoas internadas, norma esta que se encontra em fase de aprovação.



Gráfico 3 – Levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão

Não podemos passar à análise da seguinte questão, sem antes relembrarmos o facto da NOC anterior considerar *Scores* diferentes dos preconizados pela Escala de *Braden*, não sendo recomendado o levantamento deste diagnóstico para *Scores* ≥ 19 . Posto isto, verificámos um grande ganho com a realização desta formação, pois a equipa ficou mais sensível à necessidade do levantamento do diagnóstico de UPP a todas as pessoas internadas, conseguindo-se uma taxa de 68% de conformidade.

Quanto à quarta questão, 4. *Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP?*, o referido anteriormente em relação aos *Scores* deverá ser tido novamente em consideração. Analisando, e conforme podemos observar no Gráfico 4, em 46% dos processos foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP aquando da admissão, valores estes demonstrativos de um ganho da mesma ordem, quando comparados com a Consulta efetuada antes da concretização da formação. A questão não foi aplicável a 32% dos processos porque na anterior não havia sido levantado o diagnóstico de UPP. Nos restantes 22%, não foi levantado corretamente o diagnóstico, isto é, não estava de acordo com o *Score* calculado através da Escala de *Braden*, e em 2 destes casos foi levantado o diagnóstico sem sequer ter sido determinado o *Score*.



Gráfico 4 – Correto levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão

No que respeita à questão 5. *É programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento?*, apenas em um caso não foi programada, sendo que em 97% dos processos foi, conforme se pode visualizar no Gráfico 5. Também neste ponto conquistámos um aumento significativo, comparativamente à primeira Consulta (57% → 97%), pois está preconizada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento, a todas as pessoas internadas, de acordo com a própria Escala de *Braden*, a DGS (2011) e a nova NOC do CH.

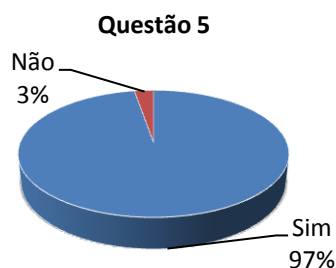


Gráfico 5 – Programação da reavaliação do risco de UPP

Como penúltima questão, temos 6. *Com que frequência é programada a reavaliação?*, para a qual se obteve ainda algumas inconformidades com o preconizado, mas muito menores, quando comparadas à primeira Consulta, dado que o recomendado para os Serviços de internamento é uma reavaliação de 2/2 dias. Na primeira Consulta, a equipa referiu várias frequências, respetivamente: diária, de 2/2 dias, 3/3, 4/4, 5/5 e, até mesmo de 7/7 dias. Após realização da formação, podemos verificar, e com bastante agrado, que a maioria da equipa, 92%, programa a reavaliação de 2/2 dias (Gráfico 6). Apenas 5% programou de 3/3 dias, o que poderá ser justificado pelo facto da Escala de *Barthel* e de *Morse* serem reavaliadas com esta frequência, podendo ser gerador de alguma

confusão. Os 3% dos casos considerados não aplicáveis reportam-se ao único processo em que não foi programada a reavaliação do risco (questão anterior).

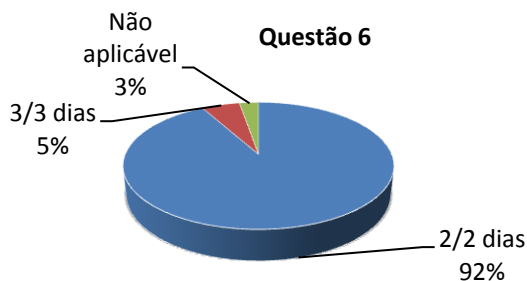


Gráfico 6 – Frequência programada para reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP

Por último, temos a questão 7. *Qual o horário definido para a avaliação do risco de UPP?*, em que, na primeira Consulta dos Processos, obtivemos 4 opções, respetivamente: turno da manhã, tarde, noite, e o Agora.

De acordo com o Guia Orientador dos Registos de Enfermagem do CH, para efeitos de auditoria, as intervenções associadas aos Indicadores de Enfermagem, como é o caso das UPP, deverão ser primeiramente levantadas com o horário Agora, aquando da admissão, e só depois planeada a sua reprogramação, tendo esta informação sido transmitida à equipa de enfermagem.

Após pesquisa e entrevista não estruturada com a Sra. Enfermeira Orientadora, a Sra. Enfermeira Chefe e a Sra. Enfermeira Coordenadora do Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas, decidimos programar as reavaliações do risco de desenvolvimento de UPP no turno da manhã, por ser o período em que a pessoa se encontra a desenvolver as suas atividades de vida diárias, caso tenha capacidade para, sendo possível uma melhor avaliação. Caso seja parcial ou totalmente dependente de outrem, será também o período no qual são prestados os cuidados de higiene e conforto, de entre outros, como o levante, o que conduzirá a uma avaliação mais pormenorizada. Ficou então acordado que se programaria às 14h, por ser a hora em que geralmente a equipa se encontra a realizar registos.

Transmitida esta informação nas sessões de formação, e tendo os colegas concordado, apesar de considerarem ser um acréscimo aos registos dos turnos da manhã, através da Consulta aos Processos após formação, obtivemos os resultados apresentados no Gráfico 7, que demonstram que este item ainda não está uniformizado no seio da equipa,

embora haja uma maior prevalência do horário sugerido (14h), com uma percentagem de 43%. Porém, somando os horários correspondentes aos turnos da manhã, verificamos uma totalidade de 89% dos processos programados para este turno.

Os casos considerados não aplicáveis, 3%, relacionam-se com o único processo em que não foi programada a reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP.

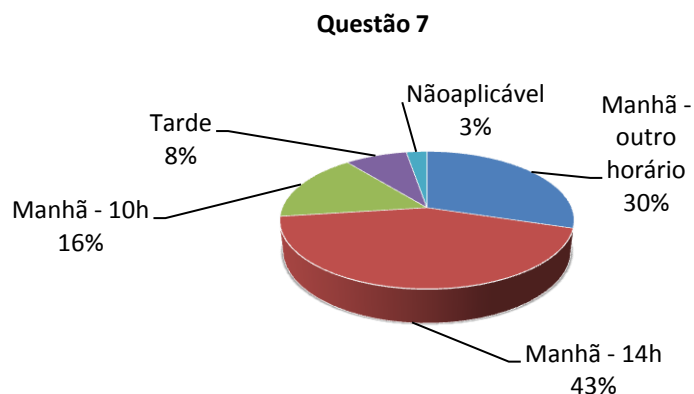


Gráfico 7 – Horário programado para a reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP

Apresentados e discutidos os resultados da 1ª Consulta dos Processos de Enfermagem em *SClínico*, após realização de formação à equipa de enfermagem do SCG, passamos agora aos resultados da 2ª Consulta.

2ª CONSULTA AOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM APÓS FORMAÇÃO DA EQUIPA

A segunda Consulta dos Processos de Enfermagem em *SClínico*, após formação da equipa, realizou-se no início de dezembro de 2014, em que analisámos 42 processos. Excluíram-se da observação 3 processos por admissão anterior à data da última formação, 3 por admissão inicial noutra Serviço, 7 por admissão há menos de 24h, e 1 por ter sido admitido em dia de Greve dos enfermeiros, traduzindo-se a soma destes números numa taxa de ocupação de 100%.

Relativamente à primeira questão, *1. Levantou-se como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da “Escala Braden” aquando da*

admissão?, verificámos que foi levantada esta intervenção à totalidade dos processos, conforme evidencia o Gráfico 8, perfazendo assim um total de 100%.



Gráfico 8 - Levantamento do Indicador de Enfermagem aquando da admissão

Quanto à questão, 2. *O risco de UPP foi avaliado nas primeiras 6h após a admissão?*, avaliámos que, dos 42 processos em análise, em 34 foi avaliado o risco de UPP nas primeiras 6 horas após admissão, correspondendo a 81% de conformidade, conforme se pode observar no Gráfico 9.

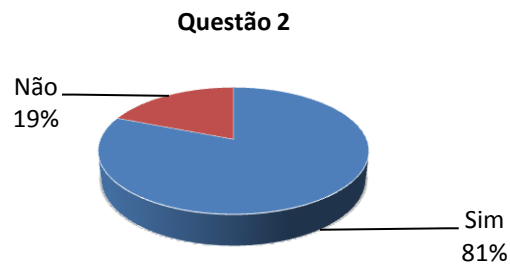


Gráfico 9 - Avaliação do risco de UPP nas primeiras 6h após admissão

No que diz respeito à terceira questão 3. *Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado o diagnóstico de UPP como Foco de Atenção?*, este foi levantado em 69% dos processos analisados (Gráfico 10).

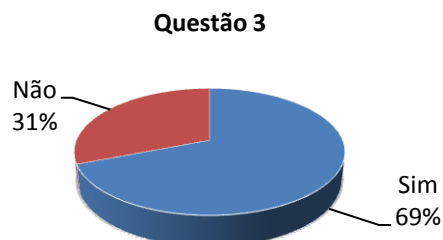


Gráfico 10 – Levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão

Quanto à quarta questão, 4. *Na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP?*, e conforme podemos observar no Gráfico 11, foi levantado corretamente o diagnóstico de UPP, aquando da admissão, em 48% dos processos. A questão não foi aplicável a 31% dos processos, pois na questão anterior não havia sido levantado o diagnóstico de UPP. Nos restantes 21%, não foi levantado corretamente o diagnóstico, isto é, a maioria dos diagnósticos não estava de acordo com o *Score* calculado através da Escala de *Braden*, em alguns casos foi levantado o diagnóstico sem sequer ter sido determinado o *Score*, num outro foi levantado o diagnóstico de UPP presente, enquanto a pessoa apenas apresentava alto risco de desenvolvimento.

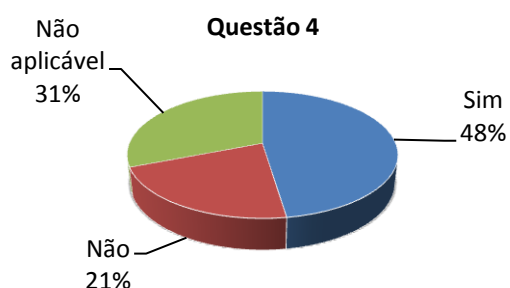


Gráfico 11 – Correto levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão

No que respeita à questão 5. *É programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento?*, a mesma foi efetuada em 86% dos processos, conforme se pode visualizar no Gráfico 12.

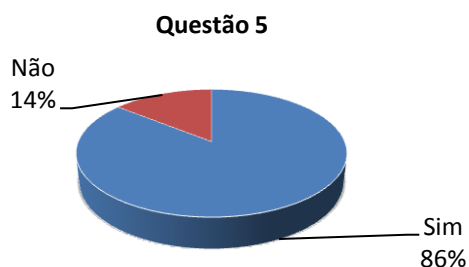


Gráfico 12 – Programação da reavaliação do risco de UPP

Analisando a penúltima questão, 6. *Com que frequência é programada a reavaliação?*, verificamos que a reavaliação foi programada de 2/2 dias em 76% dos casos, conforme preconizado (Gráfico 13). De 3/3 dias encontrámos programados 10% dos

processos, e nos restantes 14% esta questão não foi aplicável, correspondendo à percentagem dos processos aos quais não foi programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento.

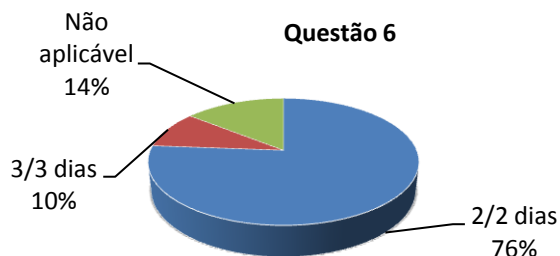


Gráfico 13 – Frequência programada para reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP

Por último, observamos a questão 7. *Qual o horário definido para a avaliação do risco de UPP?*, na qual verificamos que em 33% dos processos foi programada a reavaliação para as 14h, conforme havida sido acordado previamente, e transmitido nas sessões formativas (Gráfico 14). Os 14% de casos aos quais não aplicámos esta questão, estão diretamente relacionados com a percentagem de processos aos quais não foi programada a reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP.

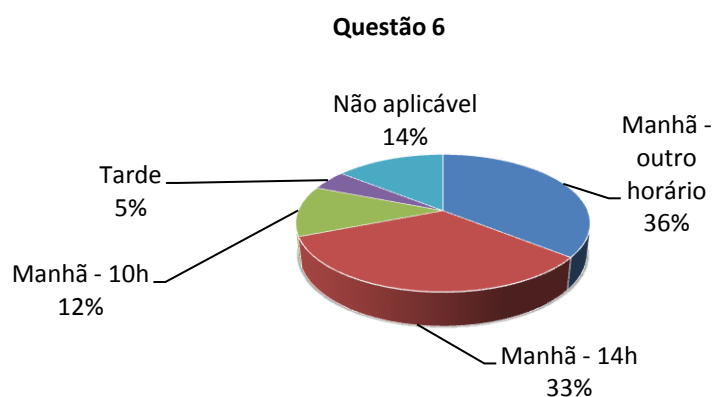


Gráfico 14 – Horário programado para a reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP

Após apresentação e discussão dos resultados da 1ª e 2ª Consultas aos Processos de Enfermagem em *SClínico*, após formação da equipa, consideramos pertinente analisar comparativamente a evolução dos mesmos ao longo das 3 Consultas.

Para tal, foram efetuados dois gráficos representativos destas Consultas, que apresentamos seguidamente.

No primeiro, Gráfico 15, expomos os resultados relativos às primeiras quatro questões avaliadas, onde observamos que a primeira questão obteve um crescimento contínuo no decorrer das Consultas, atingindo o indicador máximo de 100%, isto é, na 2ª Consulta efetuada aos Processos de Enfermagem, após formação, a todas as pessoas havia sido levantado como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da Escala de Braden, aquando da admissão.

Relativamente à avaliação do risco nas primeiras 6 horas após admissão, segunda questão analisada, também verificámos um aumento, ainda que pequeno (6%), da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta, mas desta para a 2ª aferimos um ligeiro decréscimo (8%). Estes resultados poderão ser reflexo da elevada taxa de ocupação do Serviço, do elevado nível de dependência das pessoas aqui internadas, e da equipa de enfermagem se encontrar reduzida (em cerca de 13%), traduzindo-se numa sobrecarga de trabalho, o que conduz os profissionais a priorizar os cuidados face às necessidades apresentadas pelas pessoas, protelando frequentemente a realização dos registos.

A nível do levantamento do diagnóstico de UPP aquando da admissão, podemos observar um crescimento abrupto da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta, na ordem dos 62%, e de apenas 1% desta para a 2ª Consulta. Atualmente é preconizado pela nova NOC (em aprovação) o levantamento deste diagnóstico à totalidade das pessoas internadas, mas relembramos que na NOC anterior se consideravam *Scores* diferentes dos preconizados pela Escala de *Braden*, não sendo recomendado o levantamento deste diagnóstico para *Scores* ≥ 19 . Posto isto, verificámos um grande ganho com a realização desta formação, pois a equipa ficou mais sensível à necessidade do levantamento do diagnóstico de UPP a todas as pessoas internadas, conseguindo-se uma taxa máxima de 69% de conformidade.

No que diz respeito ao correto levantamento do diagnóstico, quarta questão em estudo, na etapa diagnóstica não tínhamos nenhum processo ao qual tivesse sido levantado corretamente o diagnóstico, enquanto na 1ª Consulta após formação, 46% dos processos tinha, o que se traduziu num ganho da mesma ordem de valores. Desta Consulta para a 2ª, denota-se igualmente um crescimento, mas de menor amplitude (2%). Muito caminho ainda há a percorrer para atingir a excelência, mas no imediato estes resultados já se traduziram em ganhos importantes. Verificámos porém que em algumas situações o diagnóstico não foi levantado de acordo com o *Score* obtido através da Escala de *Braden*, e em casos mais raros, foi levantado o diagnóstico sem prévio cálculo do *Score*.

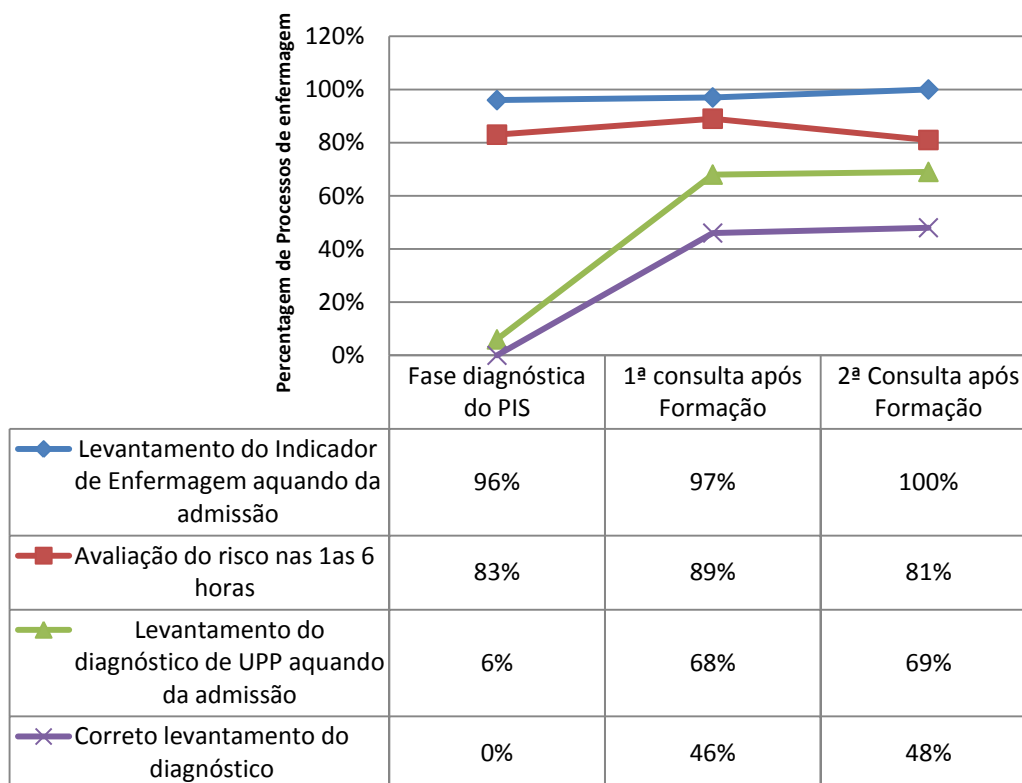


Gráfico 15 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas Consultas aos Processos de Enfermagem (1)

No Gráfico 16, apresentamos a perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas últimas três questões da grelha, começando pela que diz respeito à programação da reavaliação do risco de desenvolvimento de UPP durante o internamento, na qual obtivemos um crescimento de 40% da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta após formação, e posteriormente um decréscimo, na ordem dos 11%, desta para a 2ª Consulta. Também aqui poderá influenciar a elevada taxa de ocupação do serviço e o facto da equipa de enfermagem se encontrar reduzida, conduzindo os profissionais a priorizar os cuidados face às necessidades apresentadas pelas pessoas, protelando a realização dos registos. Por vezes ocorreu o levantamento deste Indicador de Enfermagem com o horário Agora, conforme preconizado no Guia Orientador dos Registos de Enfermagem do CH, para efeitos de auditoria, sendo o risco avaliado nas primeiras 6 horas, mas depois não foi efetuada a reprogramação.

A nível da frequência com que a reavaliação deve ser programada, o ganho da etapa diagnóstica para a 1ª Consulta foi bastante significativo, na ordem dos 62%. Porém, constatámos um decréscimo da 1ª para a 2ª Consulta, de 16%. Importa referirmos o facto

de, na etapa diagnóstica existirem várias frequências de programação, desde diária até de 7/7 dias, e nas Consultas após formação apenas encontramos frequências de 2/2 dias e 3/3. Esta inconformidade, como anteriormente referimos, poderá ser justificada pelo facto da Escala de *Barthel* e de *Morse* serem reavaliadas de 3/3 dias, podendo ser gerador de alguma confusão.

Por último, e avaliando a questão relativa ao horário definido para a reavaliação do risco de UPP, aquando da etapa diagnóstica, 55% dos processos estavam programados para o turno da manhã, sem horário específico, enquanto na 1ª Consulta após realização da formação 43% dos enfermeiros programou esta intervenção às 14h, conforme havia sido sugerido. Comparativamente, na 2ª Consulta, esta programação ocorreu em 33% dos casos. Consideramos não ter havido um decréscimo da etapa diagnóstica para as Consultas posteriores, na medida em que, e somando os horários correspondentes aos turnos da manhã, na 1ª Consulta, em 89% dos processos estava programada a reavaliação neste turno, e na 2ª Consulta em 81% destes, havendo sim, atualmente, a necessidade de reforçar o horário a definir.

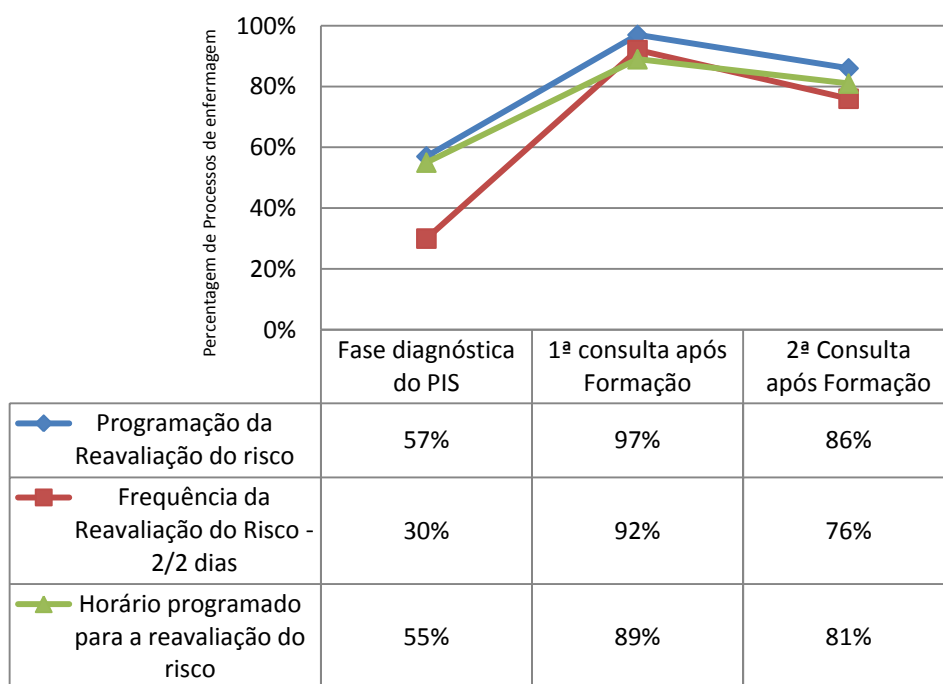


Gráfico 16 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas Consultas aos Processos de Enfermagem (2)

Face aos resultados apresentados, consideramos que a realização da formação foi, no global, bastante benéfica, sendo evidente uma melhoria significativa na qualidade dos registos, havendo ainda um longo caminho a percorrer.

Apêndice XVI – Artigo de Divulgação do Projeto

A Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão como estratégia de Prevenção – Um projeto de intervenção

Marisa Aleixo¹, Mariana Pereira²

RESUMO: No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço, num Serviço de Cirurgia Geral, durante o estágio, utilizando a metodologia de projeto. Este contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, e teve por objetivo *major* promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num Serviço de Cirurgia Geral, no âmbito da prevenção das úlceras por pressão, através da avaliação do seu risco de desenvolvimento. Pretendemos assim com este artigo apresentar o trabalho realizado e suas conclusões.

A prevenção das úlceras por pressão é considerada um Direito Universal desde 2011, pela Declaração do Rio de Janeiro. A sua existência é considerada um evento adverso, evitável na sua grande maioria, e pressupõe grande ameaça para a segurança das pessoas, pondo em causa o seu bem-estar e conforto. Assim, a nossa abordagem no cuidado e no desenvolvimento do projeto foi baseada na Teoria do Conforto de Kolcaba, uma vez que esta promove o cuidado centrado na satisfação das necessidades de conforto das pessoas.

Após confirmarmos, no diagnóstico de situação, a inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de Braden, apesar da existência de uma norma de orientação clínica sobre a Prevenção de úlceras por pressão a nível hospitalar, procedemos às etapas de planeamento do projeto, execução e avaliação. Algumas das estratégias adotadas foram a formação à equipa de enfermagem e criação de documentos orientadores dos registos de enfermagem, que contribuíram para atingir os objetivos formulados.

Palavras-chave: Metodologia de Projeto; Teoria do Conforto; Úlceras por Pressão.

ABSTRACT: In the context of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing and during the internship, we developed an intervention project in service in a general surgery service using the project methodology. This contributed to the development of Specialist Nurse's common skills and it had as major objective the improvement of quality in nursing care to patients admitted into the General Surgery Service, in the range of pressure ulcers prevention throughout the assessment of their development score risk. Therefore, we intend, with this article, to present the conclusions of the work done during the internship.

Preventing pressure ulcers is considered a universal law since 2011 by the Declaration of Rio de Janeiro. Its existence is considered an adverse, preventable event for the most part, and assumes a major threat to patients' safety, jeopardizing their well-being and comfort. Therefore, our nursing approach to care and to the project's development has been based on Kolcaba's *Theory of Comfort*, since we promote a care focused on satisfying patients' comfort needs.

After we confirmed, in the situation's diagnostic, the inexistence of standardized procedures related to Braden Scale's application, despite the existence, in the Hospital, of a guideline in pressure

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar X; Mestranda do Curso de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;

² Professora Orientadora, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

ulcers' prevention, we proceeded to the project planning, execution, monitoring and control phases. Some of the adopted strategies were nurses' training and the establishment of nursing records' guidance documents, which contributed to achieve the formulated objectives.

Keywords: Project Methodology; Comfort's Theory; Pressure Ulcers.

INTRODUÇÃO:

O tratamento de feridas desde há muito é uma atividade de relevância nos cuidados de saúde, não podendo delas excluir-se as úlceras por pressão (UPP). Enquanto objeto de estudo, inscrevem-se na área da Gestão do Risco Clínico, sobretudo no que toca à sua prevenção. São uma realidade incontestável, tratando-se de uma área com crescente importância face às alterações demográficas e ao expectável aumento da população idosa, que sugerem a previsibilidade do aumento do número de pessoas com feridas crónicas¹. A sua existência é considerada um evento adverso, evitável na sua grande maioria, pressupondo grande ameaça para a segurança das pessoas, sendo consagrada a prevenção de UPP como um direito universal, na Declaração do Rio de Janeiro².

As UPP são uma “(...) *lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção*”³, (p.9).

Constituem-se como um problema de saúde recorrente, sendo consideradas um problema de saúde pública, e a sua ausência um indicador de qualidade dos cuidados de saúde^{4,5,6}. São responsáveis por repercussões socioeconómicas e pessoais, com gastos incalculáveis, com impacto na qualidade de vida das pessoas e seus cuidadores, podendo levar à morte^{5, 7, 8}.

A sua prevenção melhora a qualidade de vida das pessoas e familiares, reduzindo o sofrimento e os custos⁹, e constituindo uma medida promotora do seu conforto.

Por isso, ancorámos o desenvolvimento do nosso projeto na Teoria do Conforto de Kolcaba, por promover o cuidado centrado na satisfação desta necessidade¹⁰.

Os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção das UPP, pois são quem presta cuidados em primeira linha, atuando na prevenção de complicações para a saúde das pessoas, na procura permanente da excelência do exercício profissional¹¹. No entanto, se a prevenção de UPP é estabelecida como uma meta, o sucesso das ações dependerá não só da equipa multidisciplinar como ainda das instituições de Saúde, através da oferta das condições necessárias à realização das atividades de prevenção, garantindo um ambiente seguro, apoiando e valorizando as iniciativas apresentadas, promovendo a formação contínua dos profissionais e mantendo os rácios profissionais necessários¹².

A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP é uma das medidas fundamentais no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento^{5, 12, 13}.

As escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento das UPP demonstram ser um importante complemento da avaliação clínica, conferindo-lhe mensurabilidade, e facilitando a identificação da população em

risco, assim como a definição de estratégias para diminuir a sua incidência, através do estabelecimento de prioridades e intervenções preventivas mais eficazes^{12, 14}. São recomendadas pela maioria das políticas de prevenção, sendo a sua utilização referida como o primeiro passo para um programa abrangente de gestão de UPP, permitindo a escolha de equipamento de prevenção baseado no risco⁹, e ainda a uniformização da avaliação entre a equipa multidisciplinar¹⁵.

Em Portugal, a Escala de Braden é atualmente a recomendada pela Direção Geral de Saúde (DGS)⁵ para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, pela sua fiabilidade, validade, aceitabilidade, segurança e simplicidade, a baixos custos^{3, 5}. É composta por seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento, que constituem fatores extrínsecos para o desenvolvimento de UPP^{4, 16, 17}.

Para o estabelecimento de um protocolo de serviço, a escala deverá ter uma aplicação sistemática, aplicada inicialmente aquando da admissão, e sempre que se verifiquem grandes alterações do estado geral do indivíduo. Nos serviços de urgência e cuidados intensivos é aconselhada uma avaliação a cada 24 horas, e nos outros serviços de 48 em 48 horas^{4, 5, 17}, devendo ser efetuada a todas as pessoas, logo nas primeiras 6 horas após a admissão, em todos os contextos assistenciais, para uma estratificação do risco – Alto e Baixo⁵.

É então importante uma política de avaliação do risco, com implementação de uma escala, na qual é atribuído um papel essencial à formação dos profissionais de saúde, e à

documentação de todas as avaliações realizadas, para um acompanhamento da evolução da pessoa e dos cuidados prestados, baseados na evidência^{3, 4}.

METODOLOGIA:

A metodologia de trabalho de projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado, e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, sendo promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, dividida nas etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados¹⁸.

O gosto pessoal pela área das feridas influenciou inicialmente a escolha pela realização de um projeto nesta área, assim como o facto de algumas delas serem passíveis de prevenção, como as UPP.

No **Diagnóstico de situação**, procedemos à deteção de inconformidades na avaliação do risco de desenvolvimento de UPP no Serviço de Cirurgia Geral (SCG), através da Escala de Braden, e respetivo registo, apesar da existência de uma Norma de Orientação Clínica (NOC), elaborada pelo Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF) do Centro Hospitalar (CH), em 2010.

O GPTF possui um registo mensal da prevalência de UPP, verificando-se em 2013 uma taxa mínima de 0% e máxima de 27,3%, no SCG, e em 2014 de 4,4% e 25,1%, respetivamente. Apesar de não existirem registos das taxas de incidência, algumas das UPP são aqui adquiridas.

Decidimos então realizar um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) nesta área.

Prevíamos que uma correta implementação da Escala de Braden seria um passo inicial mas ainda assim fulcral para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tal como o defendido pela Ordem dos Enfermeiros nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem¹¹, ao nível da satisfação do cliente, da promoção da saúde e prevenção de complicações - as UPP, do bem-estar e autocuidado, e ainda na organização dos cuidados, bem como na prevenção de infeções, conforme os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (Pessoa em Situação Crítica)¹⁹.

Deste modo, definimos como **problema geral** a Inexistência de uniformização de procedimentos relativamente à aplicação da Escala de Braden, aquando da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, no SCG, apesar da existência de uma NOC (sobre a qual a equipa não teve formação).

Aquando da análise do problema em estudo, e perante a existência de vários métodos, utilizámos como instrumentos de diagnóstico, de forma a identificar e validar os problemas a que pretendíamos dar resposta, para além de entrevistas não estruturadas (com a chefia, elementos orientadores do projeto e equipa de enfermagem), a consulta aos processos de Enfermagem em *SClínico*, para colheita de dados sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e respetivo registo, com recurso a uma Grelha que elaborámos (sujeita a um pré-teste), com questões relacionadas essencialmente com a aplicação da Escala de Braden.

Resultado dessa mesma Consulta, e cumprindo todos os procedimentos éticos e

legais associados a esta prática, confirmámos a existência de diversas inconformidades, apresentadas no Quadro 1.

Inconformidades detetadas em *SClínico* relativas à aplicação da Escala de Braden

- Nem sempre foi levantada como Indicador de Enfermagem a intervenção Monitorizar o risco de UPP através da Escala de Braden, aquando da admissão, correspondendo a 4% dos casos analisados, sendo este um dos parâmetros alvo de Auditoria dos Registos de Enfermagem, de acordo com o Guia Orientador do CH;
- Em 17% dos processos consultados o risco de UPP não foi avaliado nas primeiras 6 horas após admissão, conforme preconizado pela DGS⁵ e pela NOC;
- O diagnóstico de UPP não foi levantado como Foco de Atenção, na admissão, mediante a avaliação do risco de UPP, em 30 % dos casos, ressalvando-se o facto da atual NOC preconizar o levantamento deste diagnóstico a todas as pessoas, independentemente do Score do risco;
- O diagnóstico de UPP, dos casos analisados, nunca foi levantado corretamente, de acordo com a avaliação do risco de UPP;
- Em 43% dos processos, não foi programada a reavaliação do risco de UPP durante o internamento, conforme preconizado pela DGS⁵ e pela NOC;
- Existe grande disparidade na frequência com que é programada a reavaliação, indo desde uma avaliação diária, até de 7/7 dias, quando o definido pela DGS⁵ e pela NOC, para os Serviços de Internamento, é de 2/2 dias;
- O horário definido para a avaliação do risco não segue um padrão uniforme.

Quadro 1 – Inconformidades detetadas em *SClínico* relativas à aplicação da Escala de Braden

Perante os resultados, tornou-se evidente a necessidade de começarmos a nossa intervenção pela correta aplicação da Escala de Braden, para posteriormente o GPTF poder implementar a NOC.

Considerámos ainda importante o recurso a outros métodos para reforçar e validar a pertinência do problema, pelo que aplicámos a análise SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats, sendo esta uma das ferramentas de gestão mais utilizada na elaboração de diagnósticos¹⁸.

Pela sua análise, confirmámos a viabilidade e sustentabilidade do PIS, o que também contribuiu para reforçar a pertinência do problema, pois verificámos a prevalência de fatores positivos para a aplicação do projeto, endógenos (forças) e exógenos (oportunidades), comparativamente aos fatores negativos, sendo o ambiente interno e externo favoráveis à realização do mesmo. Após análise do problema identificado, surgiu a necessidade de identificação dos problemas mais relevantes, constituintes do problema geral¹⁸. Assim, foram identificados os **problemas parcelares**, enunciados no Quadro 2.

Problemas Parcelares identificados:
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da NOC sobre <i>Prevenção de UPP</i> à equipa de Enfermagem, para atualização de conhecimentos e consciencialização sobre a temática; • Inclusão do Registo do <i>Score</i> da Escala de Braden na Avaliação Inicial de Enfermagem; • Formação da equipa sobre a correta implementação da Escala de Braden; • Uniformização do procedimento e respetivos registos em <i>SClínico</i> relativamente à monitorização do risco de UPP através da Escala de Braden, assim como o adequado levantamento do diagnóstico de Enfermagem de UPP, de acordo com o <i>Score</i> da Escala (verificou-se incoerências entre os <i>Scores</i> e os diagnósticos levantados); • Divulgação do PIS pela equipa de Enfermagem.

Quadro 2 - Problemas Identificados

Decorrente dos problemas identificados, passámos à formulação de objetivos, centrados na resolução do problema. Assim, definimos como **objetivo geral** “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas internadas num SCG, no âmbito da Prevenção das UPP”.

De forma a dar cumprimento ao objetivo geral, formulámos também objetivos específicos, enunciados no Quadro 3.

Objetivos Específicos:
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar formação à equipa de Enfermagem do SCG, relativamente à correta implementação da Escala de Braden e respetivo registo em <i>SClínico</i>; • Promover a uniformização de procedimentos através da correta implementação da Escala de Braden; • Promover a otimização dos registos em <i>SClínico</i>, acerca da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP; • Avaliar a implementação do Projeto;

Quadro 3 – Objetivos Específicos

Após conclusão da etapa diagnóstica do PIS, procedemos ao seu **Planeamento**, identificando os profissionais com os quais iríamos articular a intervenção, definindo atividades/estratégias a desenvolver. Identificámos os respetivos recursos necessários (humanos e materiais), elaborando-se um orçamento para os mesmos. Realizámos ainda um cronograma, com o intuito de delinear o tempo previsto para cada atividade, otimizando assim a gestão de prioridades e de tempo, através de uma representação gráfica. Visando a posterior avaliação do PIS delineámos critérios de avaliação, através da formulação de indicadores, por forma a conferir mensurabilidade aos objetivos propostos.

Na **etapa de Execução**, demos cumprimento ao planeado, fazendo as adaptações necessárias de acordo com o que se mostrou possível e face à realidade encontrada, sendo que as principais atividades desenvolvidas foram:

- ✓ Revisão da literatura sobre a temática;
- ✓ Realização de sessões de formação à equipa de Enfermagem após criação de respetivo material de apoio;
- ✓ Criação de um documento de apoio aos Registos de Enfermagem, com “algoritmo” sobre a implementação da Escala de Braden

e registo em *SClínico*, afixado junto aos locais de registos de enfermagem;

- ✓ Criação de cartão de bolso com a informação supramencionada (entregue a cada Enfermeiro);

- ✓ Criação de uma pasta partilhada na *intranet* da instituição com: apresentação *PowerPoint®* da formação, documento de apoio aos registos, cartão de bolso e NOC do CH;

- ✓ Criação de um íman (Figura 1) facilitador da identificação das pessoas com Alto Risco de desenvolvimento de UPP, aplicável ao quadro de trabalho da sala de passagem de turno;

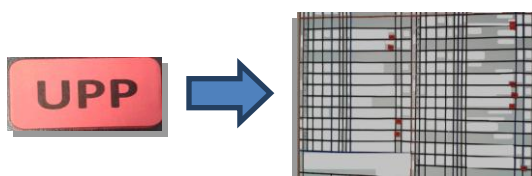


Figura 1 - Íman identificativo das Pessoas com Alto Risco de desenvolver UPP e sua aplicação no quadro de trabalho

- ✓ Realização de consultas aos Processos de Enfermagem em *SClínico*, após a formação, para validação dos conhecimentos adquiridos/consolidados, e posterior tratamento e análise dos dados, comparando os resultados com os obtidos na etapa diagnóstica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

No decurso do projeto efetuámos uma **Avaliação** contínua, ao longo de todo o percurso desenvolvido, por forma a contribuir para a elaboração da avaliação final globalizante²⁰. Assim, executámos avaliação intermédia, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e avaliação final¹⁸.

A nível da avaliação intermédia, desenvolvemo-la em simultâneo com a etapa da Execução, tendo por base os indicadores de avaliação traçados no Planeamento.

No que diz respeito à Avaliação final, confrontámos a consecução dos objetivos definidos inicialmente¹⁸. Começámos por analisar a formação efetuada à equipa de enfermagem, visto esta ter sido a estratégia basilar para responder à maioria dos objetivos delineados. Através da realização das 6 sessões formativas, abrangemos 92,7% da equipa de enfermagem ativa. No que concerne à avaliação sumativa das sessões, aplicámos um teste de avaliação, sendo que dos 42 testes aplicados, 35 formandos (83,3%) obtiveram uma pontuação de 100%, e os restantes de 83,3%, verificando-se boa capacidade de apreensão de conhecimentos. Relativamente à avaliação da sessão por parte dos formandos, recorremos à aplicação do impresso disponibilizado pela instituição, que avalia a sessão em 4 categorias: programa da ação, funcionamento da ação, apreciação global da ação e intervenção do formador. A prevalência da classificação foi de muito bom em todas as categorias.

Posteriormente, procedemos à consulta dos processos de Enfermagem em *SClínico*, 3 e 5 semanas após a formação, respeitando os mesmos critérios da etapa diagnóstica, para avaliarmos a correspondência entre os resultados e a problemática inicial. Os parâmetros avaliados podem ser consultados no Gráfico 1, numa perspetiva evolutiva, sendo que a 1ª fase corresponde à etapa diagnóstica do PIS, a 2ª fase à consulta 3 semanas após formação, e a 3ª fase às 5 semanas após a mesma.

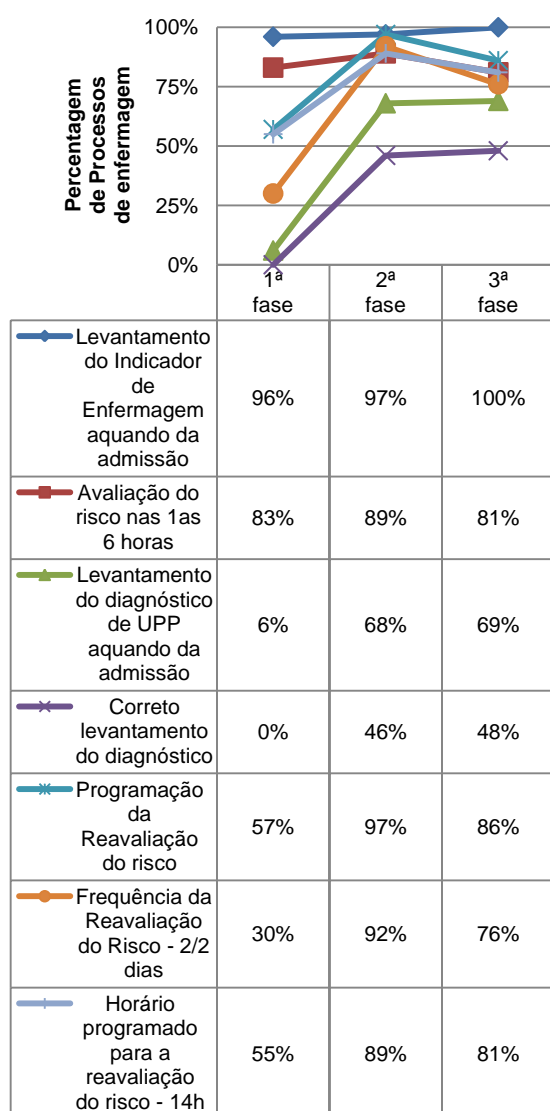


Gráfico 1 - Perspetiva evolutiva dos parâmetros avaliados nas consultas aos processos de Enfermagem

Face à globalidade dos resultados apresentados, consideramos que a realização da formação foi bastante benéfica, sendo evidente uma melhoria significativa na qualidade dos registos, contudo alguns aspetos foram menos bem conseguidos, havendo ainda caminho a percorrer.

Nesta etapa do projeto, refletimos sobre os seus pontos positivos e negativos, bem como estratégias a adotar para minimizar os últimos²¹, que apresentamos no Quadro 4, demonstrando assim o nosso intento em dar seguimento ao projeto.

Estratégias para minimizar pontos negativos

- Apresentação dos resultados à equipa, como reforço positivo de todo o trabalho desenvolvido, e para que esta tome conhecimento dos aspetos a melhorar, reforçando pontos-chave como a importância de reprogramar corretamente a avaliação do risco de UPP e de levantar o diagnóstico sempre associado à avaliação do Score;
- Relativamente à segunda questão avaliada (avaliação do risco nas primeiras 6h), o aumento do rácio enfermeiro/doente seria uma estratégia para diminuir a sobrecarga de trabalho da equipa, e consequentemente se poder efetuar a primeira avaliação do risco de UPP no *timing* preconizado, todavia, esta estratégia não se encontra na esfera das nossas competências;
- Como sugestões de alteração no *SClínico*, contactaremos os parametrizadores no sentido de verificarmos a viabilidade da inclusão do Registo do Score da Escala de Braden na Avaliação Inicial de Enfermagem, problema parcelar identificado na etapa diagnóstica.
- A inclusão dos descritores de cada subescala no sistema facilitaria o seu preenchimento, esclarecendo questões imediatas, pelo que o iremos propor.
- Para que não houvesse possibilidade do não preenchimento de alguma subescala, o sistema deveria inviabilizar a conclusão da intervenção sem a mesma estar completa.

Quadro 4 – Estratégias a adotar para minimizar os pontos negativos do PIS

Ainda assim, o trabalho já desenvolvido foi bastante profícuo, levando à consecução dos indicadores de avaliação dos objetivos inicialmente delineados.

Quanto à **Divulgação dos resultados**, o presente artigo constitui um veículo para a mesma, assim como o relatório de trabalho de projeto, que após apreciação e discussão pública para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de Mestre, será publicado no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Bibliotecas. Aproveitaremos ainda oportunidades de divulgação do PIS com apresentação de *Posters* ou Comunicações Livres, em Congressos cuja temática se enquadre. Este foi também divulgado na equipa de enfermagem, ao longo das suas etapas, e tencionamos ainda

efetuar uma apresentação dos resultados finais à equipa, numa sessão formativa.

A referir que foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos inerentes a este tipo de trabalho, em toda a sua conceção e realização.

CONCLUSÃO:

Não podemos deixar de mencionar alguns aspetos como a nossa satisfação com a realização de um projeto desta natureza, e o facto de com ele termos conseguido contribuir para a melhoria da *praxis*.

A metodologia de trabalho de projeto foi bastante vantajosa, existindo um paralelismo entre esta e o Processo de Enfermagem.

Através desta metodologia elaborámos um PIS que pretendeu responder aos princípios definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem¹¹, nomeadamente no que diz respeito à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos, com recurso à reflexão sobre o exercício profissional dos Enfermeiros. Assim, fomos ao encontro da satisfação da pessoa, atendendo à sua individualidade, procurámos promover a saúde, no sentido em que identificámos uma situação passível de intervenção, que certamente influenciará as taxas de incidência / prevalência de UPP, prevenindo complicações a este nível.

No que respeita ao bem-estar e autocuidado, prevenindo este tipo de feridas, promovemos uma melhoria da qualidade de vida da pessoa e seus cuidadores. Relativamente à contribuição para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, com o PIS ambicionámos, com referência na Teoria do Conforto de Kolcaba, melhorar a *praxis* dos Enfermeiros no que concerne à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, através da correta aplicação da Escala de Braden e respetivo registo, promovendo assim uma melhoria contínua dos cuidados prestados às pessoas internadas no SCG, no âmbito das UPP. Relembramos ainda o facto desta área de intervenção estar inserida no Programa de Melhoria Contínua da Qualidade do CH, sendo considerado um indicador de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, apesar de ser um problema de natureza multifatorial.

AGRADECIMENTOS:

Aos que contribuíram para a realização do Projeto, especialmente às Senhoras Prof.^a e Enf.^a Orientadoras, equipa multidisciplinar do SCG, equipa docente do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, familiares e amigos, o nosso sincero Obrigado.

BIBLIOGRAFIA

1. INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ICS) – *Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica: Livro de Atas*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Edições Fundação D. Pedro IV, 2011.
2. Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção das Úlceras por Pressão como um direito universal. [Em Linha]. Rio de Janeiro, 2011. [Consultado a 18/12/2014]. Disponível em http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/02/Declaracion-de-Rio_Ingles.pdf
3. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. [Em Linha]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. [Consultado a 15/01/2014]. Disponível em http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf
4. FERREIRA, Pedro *et al.* – *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.
5. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Orientação nº 017/2011 – *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. [Em Linha]. 2011. [Consultado a 10/01/2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-da-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatica-braden-q-pdf.aspx>
6. ALVES, Paulo *et al.* – *Epidemiologia das úlceras de pressão: Interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade*. Revista Servir. ISSN: 0871-2370. Volume 58, Nº 1-2, (2013). p. 10-18.
7. MORISON, Moya – *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN:972-8383-68-1.

8. CABETE, Dulce (Coordenação) – *Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual. Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, 2006. ISBN: 972-8431-29-5.
9. GOUVEIA, João; MIGUENS, Cristina – IMPRESSÃO: um instrumento para a prevenção de úlceras de pressão. *Revista Nursing-Suplemento*. ISSN: 0871-6196. Ano 21, nº 245. (2009).
10. DOWD, Thérèse – Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. p. 481-495.
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consultado a 02/7/2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
12. PINI, Luna; ALVES, Paulo – *Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012. Tese de Mestrado em Evidência e Decisão em Saúde. [Consultado a 22/01/2015]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>
13. JORGE, Sílvia; DANTAS, Sônia – *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. ISBN: 85-7379-575-1.
14. FURTADO, Katia – Úlceras de Pressão – um certificado de qualidade. *Revista Nursing – Edição Portuguesa*. ISSN: 0871-65196. Nº 175. (2003). Pág. 20-42.
15. FURTADO, Kátia *et al.* – Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. *Revista Nursing - Suplemento*. ISSN: 0871-6196. Ano 20, nº231. (2008).
16. BERGSTROM, Nancy *et al.* – The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk. *Nurs Res*. [Em Linha]. Volume 36, Nº 4, (1987). p. 205-210. [Consultado a 10/05/2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>
17. DUQUE, Helena *et al.* - *Manual de boas Práticas. Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN: 978-972-8485-98-6.
18. NUNES, Lucília *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. ISSN:1646-5067. Nº 15. (2010).
19. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. [Em Linha]. 2011. [Consultado a 24/6/2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colejos/Documents/PQCEE Pessoa Situacao Critica.pdf>
20. LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – *Trabalho de Projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4.
21. NOGUEIRA, Nilbo – *Pedagogia dos Projectos: etapas, papéis e actores*. Tatuapé: Editora Érica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6.

Apêndice XVII – *Poster* do Simulacro de Inundação

SIMULACRO EM CENÁRIO DE INUNDAÇÃO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CIRÚRGICOS: INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

Maria João Nunes^{1,2}; Marisa Aleixo^{1,3}; Vera Grazina^{1,3}; Mariana Pereira²; [Redacted]³

¹Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS; ²Professora da ESS/IPS Portugal;

³Enfermeira no Centro Hospitalar de [Redacted], Portugal

Objetivo

Refletir sobre a participação no simulacro e a importância do desenvolvimento da competência específica do Enfermeiro especialista "Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação".

Introdução

Em contexto hospitalar, é de fulcral importância que todos os profissionais conheçam os planos de evacuação perante situações de emergência. De forma a transpor para a prática os procedimentos perante estas situações, são ocasionalmente praticados exercícios de simulacro.

Apresentamos a nossa experiência enquanto participantes num simulacro, em contexto de inundação, realizado numa Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) de um hospital da margem-sul do país, onde se testou o plano de emergência em vigor na instituição.

Esta atividade foi planeada e organizada por colegas no âmbito da sua formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Metodologia

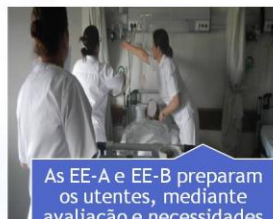
Enquanto participantes, assumimos a representação de parte integrante da equipa de evacuação (EE) B. Procedemos à evacuação de 3 utentes fictícios, num cenário de inundação. Participámos numa reunião prévia para o planeamento do exercício e numa reunião posterior, com todas as entidades envolvidas, para o balanço da simulação.



Detetada rotura grave de canalização na UCIC. Iniciam-se manobras para segurança dos utentes



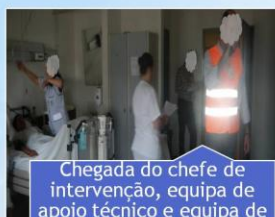
A Enfª responsável alerta a telefonista que segue o respetivo protocolo



As EE-A e EE-B preparam os utentes, mediante avaliação e necessidades que apresentam, para se efetuar a evacuação. Faz-se respetivo registo



O Coordenador da Evacuação dá indicação para esta se iniciar, no sentido do nó horizontal



Chegada do chefe de intervenção, equipa de apoio técnico e equipa de intervenção. Verificam-se condições de segurança e encerra-se água quente e fria



O estado clínico dos utentes (críticos) foi sempre considerado, e privilegiada a relação enfermeiro-utente



Instalados utentes no Serviço de Refúgio. Chegada do médico, que verificou o seu estado



No final da evacuação um elemento da EE-A efetua uma ronda à UCIC, certificando-se que não fica ninguém no local e sinaliza a porta. Duração total: 11 min

NOTA: Cumpridos os procedimentos éticos associados à utilização de imagens.

Conclusões

A participação no exercício de simulacro permitiu-nos o desenvolvimento de competências em situação de catástrofe/emergência, em ambiente hospitalar. O nosso envolvimento no exercício permitiu praticar a adaptação do processo de enfermagem, em todas as suas vertentes (avaliação, diagnóstico, planeamento, execução e reavaliação) a uma situação emergente que exige evacuação, não descurando a importância da relação com a pessoa em estado crítico.

O exercício contribuiu ainda para tomarmos maior contacto com o plano de evacuação interno da Instituição, e conhecer a forma de atuação multidisciplinar.

**Apêndice XVIII – Resumo do *Poster* do
Simulacro de Inundação**

Simulacro em Cenário de Inundação em Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos: Intervenções Especializadas de Enfermagem

Maria João Nunes^{1,3}; Marisa Aleixo^{1,3}; Vera Grazina^{1,3}; Mariana Pereira²; [REDACTED]

¹*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS*

²*Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal*

³*Enfermeira no Centro Hospitalar de [REDACTED], Portugal*

Palavras-chave: Simulacro; Inundação; Catástrofe Hospitalar; Evacuação.

Resumo

Introdução: Em contexto hospitalar, é de fulcral importância que todos os profissionais conheçam os planos de evacuação e formas de atuação perante situações de catástrofe/emergência. De forma a transpor para a prática os procedimentos perante estas situações, são ocasionalmente praticados exercícios de simulacro. Estes têm como objetivo analisar o comportamento das pessoas perante a situação representada, que deve ser o mais próxima possível do real.

Apresentamos a nossa experiência enquanto participantes num simulacro, em contexto de inundação, realizado num Serviço de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC) de um hospital da margem-sul do país, onde se testou o plano de emergência em vigor na instituição. Esta atividade foi planeada e organizada por colegas no âmbito da sua formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Objetivos: Refletir sobre a participação no simulacro e a importância do desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação”.

Metodologia: Enquanto participantes (enfermeiras X, Y e Z) no exercício de simulacro realizado numa UCIC, assumimos a representação de parte integrante da equipa de evacuação B. Procedemos à evacuação de 3 utentes fictícios, num cenário de inundação.

Participámos numa reunião prévia para o planeamento do exercício e numa reunião posterior, com todas as entidades envolvidas, para o balanço da simulação.

Resultados: O exercício teve uma duração de 11 minutos, durante os quais se procedeu à evacuação horizontal dos utentes para o serviço de refúgio (serviço de internamento no mesmo piso).

Após rotura de canalização, a Enf.^a X alertou a Enf.^a responsável de turno, que fez o alerta à telefonista. Esta seguiu o protocolo de atuação. As Enf.^{as} Y e Z foram chamadas ao local e ajudaram na preparação dos utentes para possível evacuação em segurança. Após ordem de evacuação pela Enf.^a responsável, a Enf.^a X procedeu à listagem dos utentes, bem como cuidados necessários durante e após evacuação. Procedeu-se à evacuação do primeiro utente, por elemento de equipa de evacuação A. Entretanto chegou o chefe de intervenção, informado da ocorrência, e respetiva equipa de atuação multidisciplinar. As Enf.^{as} Y e Z evacuaram o segundo utente e a Enf.^a X, com elemento da equipa de evacuação B, evacuaram o terceiro. Instalaram-se os utentes no serviço de refúgio, após o que chegou o médico para observação dos mesmos. No serviço de origem, verificou-se a evacuação que foi sinalizada, e o exercício terminado.

O estado clínico dos utentes (críticos) foi sempre considerado, e privilegiada a relação enfermeiro-utente.

A evacuação foi célere e os procedimentos executados ordenadamente.

Conclusões: A participação no exercício de simulacro permitiu-nos o desenvolvimento de competências em situação de catástrofe/emergência, em ambiente hospitalar. O nosso envolvimento no exercício permitiu praticar a adaptação do processo de enfermagem, em todas as suas vertentes (avaliação, diagnóstico, planeamento, execução e reavaliação) a uma situação emergente que exige evacuação, não descurando a importância da relação com o utente crítico.

O exercício contribuiu ainda para tomarmos maior contacto com o plano de evacuação interno da Instituição, e conhecer a forma de atuação multidisciplinar.

**Apêndice XIX – Planejamento da Ação de Sensibilização às
visitas das pessoas internadas no SCG**

Projeto de Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral

Tema da Ação	Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?
População alvo	Visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral (SCG)
Promotores da Ação	Maria João Nunes*, Marisa Aleixo*, Vera Grazina*, Enf. ^a MC, Enf. ^a Chefe HM, Enf. ^a da CCI – FB *Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Objetivos Gerais	- Sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG do Centro Hospitalar de X, sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.
Objetivos Específicos	- Transmitir conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção; - Demonstrar a técnica de higienização das mãos; - Incentivar as visitas a realizar a higienização das mãos; - Verificar se a técnica de higienização das mãos foi adequada e a lavagem das mãos eficaz, com recurso à luz ultravioleta - UV (com utilização de pó/líquido simulador de microrganismos).
Resultados Esperados	No final da sessão é esperado que as visitas sejam capazes de: - Efetuar eficazmente a higienização das mãos, comprovada através da utilização de luz ultravioleta; - Identificar a importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção, através do preenchimento de pequeno questionário.

Pré-requisitos	Visitas das pessoas internadas no SCG
Duração	1h30 (coincidente com o horário de visitas)
Datas	8 e 12 de janeiro 2015
Local	<i>Hall</i> de entrada do SCG

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamento s/meios didáticos	Avaliação
Introdução	Apresentação da Ação de Sensibilização	Expositivo (abordagem individual ou por pequenos grupos, consoante afluência de visitas)	Computador Portátil	---
	Comunicação dos objetivos gerais e específicos.		Vídeo projetor/ <i>Power Point</i> (projeção cíclica de cartazes alusivos ao tema)	
	Verificação dos pré-adquiridos.	Interrogativo		Inicial (diagnóstico)
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: a) Importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção; b) Técnica de Higienização das mãos; c) Momentos de higienização das mãos.	Expositivo Demonstrativo	Computador Portátil Vídeo projetor/ <i>Power Point</i> (projeção cíclica de cartazes alusivos ao tema)	---
	Síntese	Expositivo	Folhetos informativos	---
Conclusão	Atividade (individual): Aplicação de pó/líquido simulador de microrganismos nas mãos, visualização das mesmas com a luz UV, higienização das mãos, e nova visualização com a luz UV.	Ativo /Interativo Demonstrativo Interrogativo	Pó e Líquido simulador de microrganismos Lanterna de Luz UV	Formativa
	Verificação dos resultados da aprendizagem, através da aplicação de pequeno questionário de resposta fechada.	Interrogativo	Fotocópias do questionário (pequenos cartões) Canetas	Sumativa
	Fecho da sessão/ Conclusão/ Agradecimento pela participação na Ação.	Expositivo	---	---

**Apêndice XX – Pedido de Autorização para Captação de
Imagens e aplicação de Questionários de Avaliação às visitas**

Centro Hospitalar de X

A/C Exma. Sr.^a Enfermeira Diretora
Dr.^a

Local X, 19 de novembro de 2014

Assunto: Autorização para captação de imagens e aplicação de pequenos questionários às visitas dos utentes internados no Serviço de Cirurgia Geral, no âmbito de uma campanha de sensibilização direcionada às mesmas, relacionada com a importância da higienização das mãos.

Exma. Sr.^a Enfermeira Diretora:

██████████ (n.º mec ████████), em funções no Serviço de Cirurgia Geral, e a frequentar Estágio no referido Serviço, no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, vem solicitar autorização para captação de imagens fotográficas, no âmbito de uma sessão de sensibilização direcionada às visitas dos utentes do Serviço, relacionada com a importância da higienização das mãos, em articulação com a Comissão de Controlo de Infecção de V.^a Instituição, bem como aplicação de pequenos questionários às mesmas, para avaliação da Ação. As imagens destinam-se à realização de trabalhos académicos e para arquivo no Serviço. Reforça-se que será solicitada a captura das imagens a todos os envolvidos, e que apenas será efetuada com o seu consentimento. Relativamente aos espaços físicos, serão apenas captados os envolvidos na campanha (*hall* de entrada do Serviço de Cirurgia Geral).

Em anexo apresentamos o projeto da ação de sensibilização, a realizar em data ainda não definida, bem como o questionário que se pretende aplicar.

Sem outro assunto, ao dispor para qualquer clarificação necessária.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira ██████████

Diretor do Departamento Cirúrgico

Enfermeira-Chefe

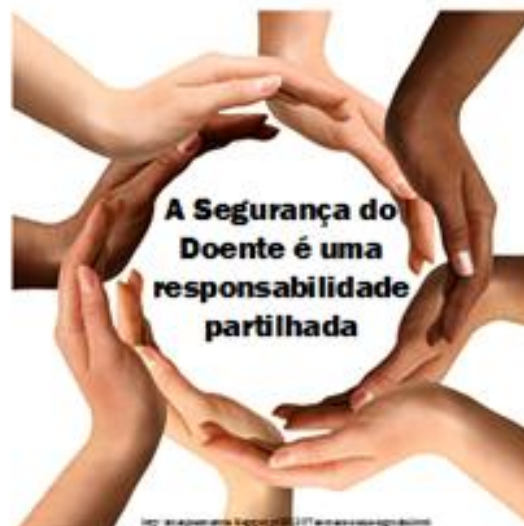
Apêndice XXI – Folheto Informativo:

**“Venho visitar o meu familiar –
Porque tenho de lavar as mãos?”**

*Lembre-se que está num
Hospital...
Ajude-nos a cuidar do seu
familiar em **SEGURANÇA***



***Prevenir a Infecção está
nas suas MÃOS!***



Centro Hospitalar de , E.P.E.

Elaborado por:
Enf.ª Maria João Nunes*
Enf.ª Maria Aleixo*
Enf.ª Vera Grazina*
Enf.ª
Enf.ª Chelo
Prof.ª Mariana Pereira

CH —EPE Serviço de Cirurgia Geral
Instituto Politécnico de Setúbal—Escola Superior de Saúde
3.º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Janeiro 2015



Centro Hospitalar de
, E.P.E.

Serviço de Cirurgia Geral

**Venho visitar o meu
familiar - Porque tenho de
lavar as mãos?**



Venho visitar o meu familiar - porque tenho de lavar as mãos?

Para evitar as infeções associadas aos cuidados de saúde, que são infeções que ocorrem num doente durante a sua permanência no hospital, que não estavam presentes, nem em incubação, no momento de entrada.

*medidas simples
salvam vidas*



Quais as consequências destas infeções?

- Agravamento do estado de saúde;
- Maior tempo de internamento;
- Aumento da mortalidade/morbilidade;
- Custos económicos adicionais;
- Diminuição da qualidade de vida do utente e familiares.

Como prevenir as Infeções?



Fricção Anti-Séptica das Mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.

Duração total do procedimento: 20-30 seg.



Lavagem das Mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas. Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



**Apêndice XXII – Questionário para Avaliação da Ação de
Sensibilização às Visitas**

Questionário

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO:

VENHO VISITAR O MEU FAMILIAR – PORQUE TENHO DE LAVAR AS MÃOS?

Após participar na sessão, senti que:



• Compreendi a importância de lavar as mãos quando visito o meu amigo/familiar;

☐ ☐ ☐

• Aprendi a lavar corretamente as mãos;

☐ ☐ ☐

• Esta sessão foi importante para aprender a proteger-me e a evitar a propagação de infeções;

☐ ☐ ☐

• Vou lavar as mãos sempre que visitar um amigo/familiar no hospital.

☐ ☐ ☐

Obrigada pela sua participação!

Apêndice XXIII – Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas



Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?

Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas

Elaborado Por:
Maria João Nunes
Marisa Aleixo
Vera Grazina

Setúbal, janeiro de 2015



Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?

Relatório da Ação de Sensibilização às Visitas

Departamento: Enfermagem

Curso: 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ano: 2º ano **Semestre:** 3º

Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Módulo: Estágio III

Docente Responsável pela Unidade Curricular: Maria de Lurdes Martins

Docente Responsável pelo Módulo: Mariana Pereira

Elaborado Por:

Maria João Nunes, n.º 130519016

Marisa Aleixo, n.º 130519017

Vera Grazina, n.º 130519028

Setúbal, janeiro de 2015

*“É fazendo que se aprende a fazer
aquilo que se deve aprender a fazer”*

Aristóteles

Lista de Abreviaturas e Siglas

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Nº - número

NP – Norma Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

SCG - Serviço de Cirurgia Geral

UC – Unidade Curricular

UV – Ultravioleta

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Resultados do questionário aplicado no final da ação	11
Ilustração 2 - <i>Hall</i> de entrada do SCG	12
Ilustração 3 - Colocação da mão numa folha com Pó Simulador de Microrganismos	12
Ilustração 4 - Observação da Mão com o Pó Simulador e a Luz UV	13
Ilustração 5 - Colocação da Solução Alcoólica na mão	13
Ilustração 6 - Execução da Técnica de Higienização das Mãos	14
Ilustração 7 - Visualização da Mão com a Luz UV após Higienização	14
Ilustração 8 - Cartaz alusivo ao Tema, com visualização do Pó Simulador numa Mão	15

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Pessoas que realizaram a técnica de higienização das mãos de forma adequada	10
Gráfico 2 - Pessoas que removeram os vestígios de pó com a técnica de higienização das mãos	11

Índice

0. Nota Introdutória	5
1. A Ação de Sensibilização às Visitas	8
1.1. Apresentação e Análise dos Resultados obtidos	9
1.2. Reflexão sobre a atividade	14
2. Nota Conclusiva	16
Referências	17
Apêndices	18
Apêndice I – Projeto de Ação de Sensibilização às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral	19
Apêndice II – Pedido de Autorização para Captação de Imagens e Aplicação de Questionários de Avaliação da Ação	23
Apêndice III – Grelha de Registo de Abrangência da Ação	25
Apêndice IV – Questionário para Avaliação da Ação.....	29
Apêndice V – Folheto “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos?”	31
Anexos	34
Anexo I – Minuta do Pedido de Autorização para Captação de Imagens	35
Anexo II – Folheto fornecido pela CCI	37

0. Nota Introdutória

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, do 3.º Semestre do 2.º Ano, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), ministrado pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), mais concretamente no Módulo de Estágio III, surgiu-nos a oportunidade de realização de uma atividade que nos permitisse desenvolver as Unidades de Competência da *Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, já planeada anteriormente no Estágio I e II, pois ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) compete, de acordo com o Regulamento nº 124/2011, responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção, tendo em consideração o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem atualmente uma problemática a nível mundial, com enorme impacto para as pessoas, familiares/cuidadores, profissionais e para a sociedade em geral, acarretando custos muito significativos e simultaneamente desnecessários, sendo por esta razão consideradas um dos indicadores de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2007).

São infeções adquiridas pelos indivíduos em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que poderão também afetar os profissionais de saúde, no exercício da sua atividade. Não sendo um problema novo, assumem particular relevância na pessoa em situação crítica, pois estes indivíduos possuem um risco de infeção aumentado, pela panóplia de recursos a que estão sujeitos (*Idem*).

Aquando da prestação de cuidados, existem um conjunto de medidas que concorrem simultaneamente quer para a prevenção, quer para o controlo da transmissão cruzada de microrganismos, denominadas de Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), onde se insere a higienização das mãos, considerada como uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre os doentes (DGS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 a Campanha de Higienização das Mãos, intitulada *Clean Care is Safer Care*, inserida na estratégia multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, como o primeiro desafio à segurança do doente. Portugal aderiu a este desafio em outubro de 2008, com a Campanha *Medidas Simples Salvam Vidas*, tendo como objetivo *major* a prevenção e controlo das IACS e, indiretamente, o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (DGS, 2010).

É consensual que as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, estando frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção (WILSON, 2003). No entanto, esta transmissão também se verifica entre os próprios doentes.

Neste contexto, a correta higienização das mãos constitui uma ação simples, acessível, rápida, e simultaneamente a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção, integrada no conjunto das precauções básicas (DGS, 2010).

Face à importância de atuação nesta área, intervir ao nível da prevenção da transmissão das infeções continua a ser uma prioridade, não só juntos dos profissionais de saúde, como também das visitas, pelo que decidimos realizar uma ação de sensibilização dirigida às visitas das pessoas internadas no Serviço de Cirurgia Geral (SCG), local onde nos encontramos a realizar o Estágio supramencionado.

Esta ação abordou a importância da higienização das mãos como uma medida simples, mas extremamente eficaz na prevenção de infeções, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, consequentemente, para a segurança efetiva dos doentes.

A referida ação, intitulada “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos”, teve então como principal objetivo sensibilizar as visitas sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.

No que respeita ao presente relatório, o mesmo tem como principal objetivo divulgar os resultados obtidos após realização da referida ação de sensibilização. Como objetivos específicos, temos: apresentar a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletir sobre os resultados desta atividade; refletir sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. Anteriormente, na presente nota introdutória, efetuámos uma breve abordagem concetual sobre a temática em análise, no primeiro capítulo analisamos a ação de sensibilização e os resultados obtidos, e,

por fim, apresentamos uma nota conclusiva, onde refletimos sobre a atividade e o contributo desta no desenvolvimento de competências.

Respeitámos, durante a redação do presente trabalho, as Normas de Elaboração de Trabalhos escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, bem como o Acordo Ortográfico atualmente em vigor. Mencionamos ainda o recurso à Norma Portuguesa (NP) 405, no que concerne à referência bibliográfica.

1. A Ação de Sensibilização às Visitas

Para a realização da ação de sensibilização “Venho visitar o meu familiar – Porque tenho de lavar as mãos”, inicialmente delineámos o Planeamento da Ação para nortear a mesma (Apêndice I), no qual definimos como objetivo geral sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG do Centro Hospitalar X, sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção.

Como objetivos específicos, referimos: Transmitir conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos, como medida de controlo de infeção; Demonstrar a técnica de higienização das mãos; Incentivar as visitas a realizar a higienização das mãos; Verificar se a técnica de higienização das mãos foi adequada e a lavagem das mãos eficaz, com recurso à luz Ultravioleta (UV) (com utilização de pó simulador de microrganismos).

Após conclusão do referido Planeamento, que decorreu sob orientação da Enfermeira Orientadora, bem como da Docente Orientadora do Estágio, abordámos a Enfermeira Chefe do Serviço, bem como o Diretor do Departamento Cirúrgico, com o intuito de obtermos autorização para a realização da atividade, bem como o seu *feedback* relativamente à mesma.

Ambos se demonstraram bastante recetivos e agradados com a atividade, enaltecendo a sua importância.

Após estas autorizações, contactámos a Enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), que também demonstrou grande agrado com a realização desta ação, disponibilizando-se de imediato a colaborar, nomeadamente no fornecimento de cartazes alusivos ao tema, da lanterna de luz UV e do Pó simulador de microrganismos.

Posteriormente pedimos ainda autorização à Direção de Enfermagem para captação de imagens e aplicação de um pequeno questionário para subsequente avaliação da ação (Apêndice II), tendo sido esta solicitação prontamente aceite. Foi-nos fornecida uma minuta com o pedido de autorização individual, para captação de imagens (Anexo I).

Passamos agora à apresentação e respetiva análise dos resultados obtidos através da realização da ação.

1.1. Apresentação e Análise dos Resultados obtidos

Tal como planeado, nos dias 8 e 12 de janeiro do corrente ano realizámos a ação de sensibilização supramencionada, no *hall* de entrada do Serviço. Foram abordadas, no total, 104 visitas de pessoas internadas no SCG (55 pessoas na primeira ação, e 49 na segunda), sendo que o total pretendido de 100 pessoas foi alcançado nestes dois dias, não havendo necessidade de agendamento de mais uma data.

Para o registo do número de pessoas abordadas, elaborámos uma grelha de registo de abrangência, onde também incluímos um item acerca da realização da técnica de higienização das mãos, e se a mesma foi ou não eficaz (Apêndice III).

Das 104 pessoas abordadas, apenas 5 não realizaram a técnica correta de higienização das mãos, aquando da avaliação da ação, conforme se pode observar no Gráfico 1, ou seja, 95% das pessoas realizou corretamente a técnica de higienização das mãos, e apenas 5% não realizaram.

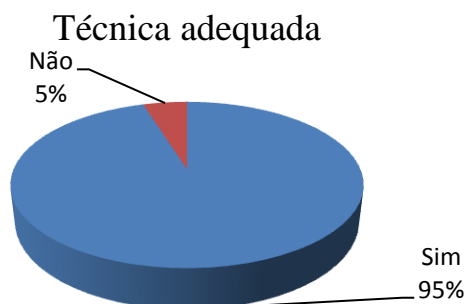


Gráfico 1 - Pessoas que realizaram a técnica de higienização das mãos de forma adequada

Quanto ao resultado da higienização das mãos, ou seja, a total remoção de vestígios do pó reagente à luz UV, verificámos que apenas 3 pessoas ainda continham vestígios de pó, correspondendo a um total de 3%. De referir que estas 3 pessoas pertencem ao grupo das 5 pessoas que não realizou corretamente a técnica de higienização com solução alcoólica, conforme demonstra o Gráfico 2.

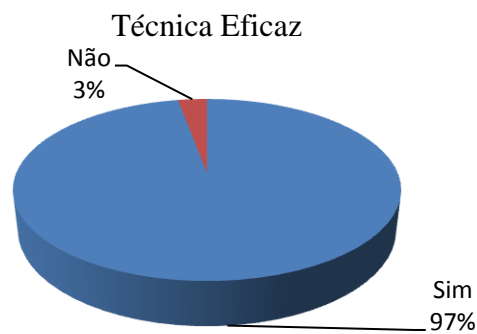
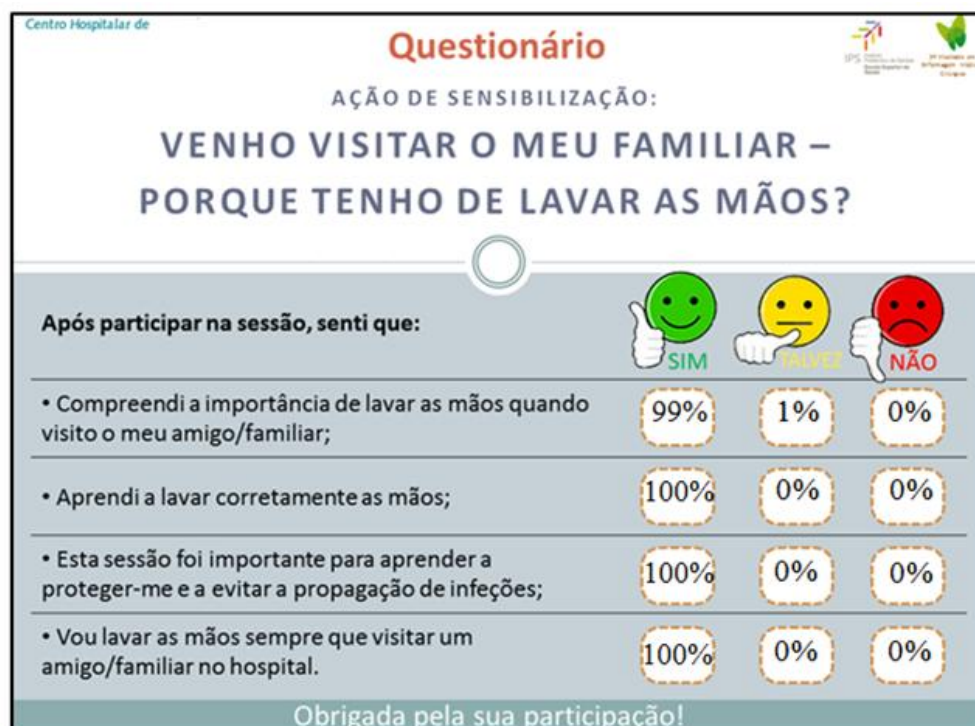


Gráfico 2 - Pessoas que removeram os vestígios de pó com a técnica de higienização das mãos

Após cada abordagem, e com o intuito de avaliar o impacto da ação, aplicámos então um questionário (Apêndice IV), no final da ação, obtendo os seguintes resultados bastante satisfatórios, isto é, 99% das visitas referiu ter compreendido a importância da higienização das mãos aquando da realização das visitas ao familiar/amigo, e apenas 1% referiu Talvez ter compreendido. A totalidade da amostra referiu ter aprendido a lavar corretamente as mãos, que a sessão foi importante para aprenderem a proteger-se a si e a evitar a propagação de infeções, e ainda que, irão proceder à lavagem das mãos sempre que visitarem um familiar/amigo no hospital, conforme demonstrado na Ilustração 1.

Ilustração 1 - Resultados do questionário aplicado no final da ação



Após aplicação do questionário, foram fornecidos dois folhetos a cada participante, um elaborado por nós (Apêndice V), e outro fornecido pela CCI (Anexo II), para sedimentação da informação. A referir que o primeiro foi validado por peritos na área, nomeadamente a Enfermeira Orientadora, que é também o elemento de Ligação do SCG com a CCI, a Enfermeira Chefe, a Enfermeira da CCI e a Docente Orientadora, tendo sofrido várias alterações até ao resultado que aqui expomos.

Como referimos anteriormente, foram captadas algumas imagens ao longo da ação, mediante prévia autorização, que a seguir apresentamos.

Ilustração 2 - *Hall* de entrada do SCG



Ilustração 3 - Colocação da mão numa folha com Pó Simulador de Microrganismos

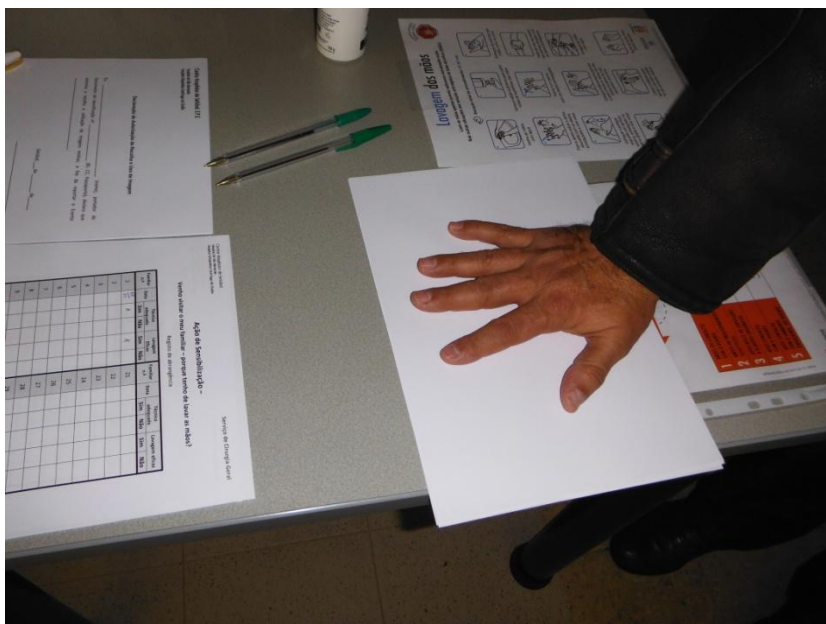


Ilustração 4 - Observação da mão com o Pó Simulador e a Luz UV



Ilustração 5 - Colocação da Solução Alcoólica na mão



Ilustração 6 - Execução da Técnica de Higienização das Mãos



Ilustração 7 - Visualização da Mão com a Luz UV após Higienização



Ilustração 8 - Cartaz alusivo ao Tema, com visualização do Pó Simulador numa Mão



Após exposição das fotografias, apresentamos uma breve reflexão sobre a atividade desenvolvida.

1.2. Reflexão sobre a atividade

Decorrente da realização de uma atividade deste género, é impreterível a realização de uma reflexão sobre a mesma.

Começamos por mencionar uma dificuldade sentida durante o decurso das ações, sendo ela a resistência de algumas pessoas a participar na mesma, alegando motivos como falta de tempo, não estar interessado e já saber efetuar a higienização das mãos e o porquê da sua necessidade.

Ainda assim, a maioria das pessoas mostrou-se recetiva a participar na ação e o seu *feedback* sobre a mesma foi bastante positivo.

Os profissionais da equipa multidisciplinar mostraram curiosidade quanto à nossa abordagem às visitas, tendo questionado sobre o conteúdo da ação. Também a eles convidámos a efetuar o pequeno teste de higienização das mãos com o pó simulador de microrganismos e a luz UV, demonstrando-se todos eles bastante recetivos e satisfeitos com esta atividade dirigida às visitas.

De acordo com os resultados apresentados anteriormente, consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente, aquando do planeamento da ação, pois conseguimos sensibilizar as visitas das pessoas internadas no SCG sobre a importância da higienização das mãos, delineado como objetivo geral. No que concerne aos objetivos específicos, julgamo-los também alcançados, dado que transmitimos às visitas conhecimentos sobre a importância da higienização das mãos como medida de controlo de infeção; demonstrámos a técnica de higienização das mãos; incentivámos as visitas a higienizar as mãos; verificámos a realização da técnica de higienização das mãos, através de um pequeno teste com recurso ao pó simulador de microrganismos e da luz UV.

A realização desta ação foi bastante gratificante para todas nós, uma vez que o *feedback* obtido por parte das pessoas foi muito positivo, e conseguimos alcançar os objetivos a que inicialmente nos propusemos.

E mais ainda porque a CCI propôs a divulgação do folheto elaborado a nível institucional.

2. Nota Conclusiva

Através da realização desta atividade, e posteriormente do presente relatório, concluímos essencialmente que todos beneficiamos com ações deste tipo. E quando referimos todos, incluímos as pessoas internadas, os familiares, amigos e os profissionais da equipa multidisciplinar, uma vez que a prevenção da propagação de infeções é, no que respeita à higienização das mãos, uma responsabilidade partilhada.

Concluimos ainda que, com esta atividade, contribuimos para o desenvolvimento da competência EEEMC, mais especificamente a *Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, uma vez que a higienização das mãos é dos gestos mais simples, mas muito efetivo, e que mais está relacionado com a prevenção e controlo da infeção em meio hospitalar.

Assim, ao efetuarmos ensino aos familiares que todos os dias visitam a pessoa internada, por vezes em situações clínicas complexas, estamos a maximizar a nossa intervenção a esse nível, contribuindo para a redução das IACS e simultaneamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados e da segurança dos doentes.

Terminada a produção deste trabalho, encerramos o mesmo com a certeza de termos alcançado o objetivo *major* proposto inicialmente na nota introdutória, já que divulgámos a ação de sensibilização e os resultados obtidos com a realização da mesma. Mais especificamente, apresentámos a ação de sensibilização e os respetivos resultados; refletimos sobre os resultados da atividade; e, por fim, refletimos sobre o impacto da ação no desenvolvimento de competências específicas do EEEMC.

Como sugestão futura, propomos a realização de uma ação deste género a nível institucional, na entrada principal do Centro Hospitalar, onde poderíamos dar maior visibilidade à atividade e abranger um maior número de pessoas.

Referências

- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular Normativa N° 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [Em Linha]. 2010. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-sd-de-14062010-pdf.aspx>
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Norma n° 029/2012, atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. [Em Linha]. 2013.[Consultado a 14/01/2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em Linha]. 2007. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em http://www.anci.pt/sites/default/files/Programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- ✓ REGULAMENTO N° 124/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2ª Série, N° 35. 8656-8657. [Consultado a 14/01/2015]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- ✓ WILSON, Jennie - *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-57-2.

Apêndice XXIV – *Poster* sobre Hipodermoclise

Hipodermoclise – Uma opção segura nos Cuidados à Pessoa em Fim de vida

Maria João Nunes^{1,3}; Marisa Aleixo^{1,3}; Vera Grazina^{1,3}; Mariana Pereira²; [Redacted]

¹Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS; ²Professora da ESS/IPS Portugal;

³Enfermeira no Centro Hospitalar de [Redacted] Portugal

Introdução

• Sendo o Serviço de Cirurgia Geral (SCG) um serviço que presta cuidados à pessoa nas diferentes etapas do ciclo vital, a pessoa em fim de vida representa um importante alvo dos nossos cuidados. Uma das dificuldades encontradas neste âmbito é, por vezes, a soroterapia e a administração de fármacos, por dificuldade ou impossibilidade de utilização da via oral e/ou endovenosa. Neste contexto, a utilização da via subcutânea (SC) surge como uma alternativa válida, que minimiza o desconforto da pessoa, mas ainda pouco utilizada na prática.

Metodologia

- Revisão Bibliográfica
- Metodologia Reflexiva

Objetivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da hipodermoclise, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade em fim de vida;
- Divulgar a hipodermoclise no SCG;
- Refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) (L5)⁷.

Indicações

- ❖ Impossibilidade via oral / endovenosa (EV)
- ❖ Pessoa em fase agónica / alterações do estado de consciência
- ❖ Má absorção intestinal

Contra-Indicações

- ❖ Proximidade de cicatrizes operatórias / zonas irradiadas / pele não íntegra / proeminências ósseas / articulações
- ❖ Insuficiência pré-renal, renal ou em programa de Hemodiálise
- ❖ Distúrbios da coagulação
- ❖ Anasarca/ Edema do local

Material

- ❖ Agulha epicraneana de baixo calibre (23G) ou cateter de teflon (abocath 24)
- ❖ Solução anti-séptica
- ❖ Compressas
- ❖ Luvas limpas
- ❖ Seringa com cloreto de sódio 0,9%
- ❖ Penso transparente (tipo Tegaderm®)

Técnica



Adaptado de http://www.enfermagem.pt/docs/artigos/enfermagem_03_2003.pdf

Locais de Punção



Adaptado de http://enfermagem.pt/docs/artigos/enfermagem_03_2003.pdf

Hipodermoclise

Técnica de infusão de fluidos no tecido SC, indicada para administração de terapêutica e hidratação.



http://cienciaearte.org/revista/observatorio/observatorio_14.jpg

Fármacos utilizados via SC em Cuidados Paliativos

Butilscopolamina;	Hialuronidase;
Calcitonina;	Hidroxicina;
Ceftriaxona;	Ketamina;
Cefipina;	Levonprometazina;
Cetorolac;	Metadona;
Ciclizina;	Metoclopramida;
Cloreto de potássio;	Midazolam;
Cloreto de Sódio;	Morfina;
Dexametasona;	Neostigmina;
Diclofenac;	Oxetretido;
Fentanil;	Omeprazol;
Fenobarbital;	Ondansetrom;
Furosemida;	Tramadol.
Haloperidol;	

Vantagens

- ❖ Mínimo desconforto
- ❖ Menor risco de infeção
- ❖ Menor risco de sobrecarga hídrica
- ❖ Baixo custo
- ❖ Menos complicações que a Via EV

Desvantagens

- ❖ Reposição de grandes volumes
- ❖ Necessidade de infusão rápida
- ❖ Nem todos os fármacos podem ser administrados por esta via

Intervenções

- ❖ Bólus: máximo 4 cc/por toma
- ❖ Perfusões contínuas: máximo 2 cc/hora
- ❖ Soroterapia: máximo 1500 cc/dia
- ❖ O soro usado deve conter eletrólitos (NaCl ou Dext+NaCl). Não deve ser hipotónico
- ❖ Tempo de permanência do catéter: 5 a 8 dias, trocar se sinais inflamatórios
- ❖ Administração de KCl: até 40 mEq/l de soro
- ❖ Colocação da agulha o mais proximal possível: permite rapidez na difusão medicamentosa

Compatibilidade Farmacológica

Fármaco:	Compatível com:
Butilscopolamina	Morfina, Haloperidol, Levonprometazina, Midazolam, Oxetretido.
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, exceto se for em doses muito baixas (mg/dia).
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão administrado isoladamente.
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilscopolamina, Metoclopramida, Levonprometazina, Midazolam, Oxetretido.
Levonprometazina	Morfina, Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Midazolam, Oxetretido.
Metoclopramida	Morfina, Tramadol, Haloperidol, Midazolam, Oxetretido.
Metadona	Midazolam.
Midazolam	Morfina, Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levonprometazina, Oxetretido.
Morfina	Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levonprometazina, Midazolam, Oxetretido.
Oxetretido	Morfina, Butilscopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levonprometazina, Midazolam.
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida.

Conclusão

- A divulgação da técnica de hipodermoclise, bem como a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a mesma, permitirá uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa/família em fim de vida, no SCG, tendo em consideração os contextos da prática.
- Impõe-se que o enfermeiro possua conhecimentos específicos relativos à hipodermoclise, assumindo o EEMC uma dimensão orientadora na aplicação prática.

Referências Bibliográficas

- LOPES, Ana; ESTEVES, Rita; SÁPIA, Paula – Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea. *Metadose em Cuidados Paliativos*, 2006. Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- MAIRIA, B.; RODRIGUES, L.; ALMEIDA, P. – A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Revista de Enfermagem em Cuidados Paliativos*, 2010. Vol. 3, Nº 3, 2006, pp. 486-496. Universidade Nova de Lisboa, Brasil. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.revistaenfermagem.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- NETO, J. – O uso da hipodermoclise. *Revista de Medicina Interna*, 2010. Vol. 15, Nº 4, 2008. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.revistaenfermagem.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em http://www.esdscastelobranco.pt/revista/observatorio/observatorio_14.jpg
- OMERO, Delma – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica em Pessoa com Parada Clínica. *Revista de Medicina em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2006. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. (Consultado a 14/06/2024). Disponível em

Apêndice XXV – Resumo do *Poster* sobre Hipodermoclise

Hipodermoclise – Uma opção segura nos cuidados à Pessoa em Fim de Vida

Maria João Nunes^{1,3}; Marisa Aleixo^{1,3}; Vera Grazina^{1,3}; Mariana Pereira²; [REDACTED]

¹*Estudantes do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS*

²*Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal*

³*Enfermeira no Centro Hospitalar de [REDACTED], Portugal*

Palavras-chave:

Hipodermoclise; Cuidados Paliativos; Pessoa em fim de vida; Via subcutânea.

Resumo

Introdução:

Sendo o Serviço de Cirurgia Geral (SCG) um serviço que presta cuidados à pessoa nas diferentes etapas do ciclo vital, a pessoa em fim de vida representa um importante alvo dos nossos cuidados. Uma das dificuldades encontradas neste âmbito é, por vezes, a soroterapia e a administração de fármacos, por dificuldade ou impossibilidade de utilização da via oral e/ou endovenosa.

Neste contexto, a utilização da via subcutânea (SC) surge como uma alternativa válida, que minimiza o desconforto da pessoa, mas ainda pouco utilizada na *práxis*.

Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da aplicabilidade da hipodermoclise, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade em fim de vida;
- Divulgar a hipodermoclise no SCG;
- Refletir sobre a utilização da técnica no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) (L5)⁷.

Metodologia:

Revisão Bibliográfica e Metodologia Reflexiva

Desenvolvimento:

A hipodermoclise é definida como uma técnica de infusão de fluidos no tecido subcutâneo. Indicada quando há necessidade de hidratação e administração de fármacos, quando a via oral e endovenosa não são adequadas (pessoas com doença avançada, incurável e progressiva), havendo contra-indicações^{1,2,3,4,5,6}.

Esta técnica apresenta inúmeras vantagens, sendo um método de promoção ativa do conforto e redução do sofrimento associado ao processo de doença terminal. De fácil administração, apresenta reduzido risco de infeção, dor e desconforto, implicando baixo custo. Utilizam-se agulhas epicraneanas de baixo calibre em diversos locais^{1,2,3,4,5,6}.

Os fármacos mais utilizados são opióides, neuroléticos, antieméticos e anticolinérgicos^{1,2,3,4,5,6}.

Conclusões:

A divulgação da técnica de hipodermoclise, bem como a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a mesma, permitirá uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa/família em fim de vida, no SCG, tendo em consideração os contextos da *práxis*.

Impõe-se que o enfermeiro possua conhecimentos específicos relativos à hipodermoclise, assumindo o EEEMC uma dimensão orientadora na aplicação prática.

Bibliografia:

1. LOPES, Ana; ESTEVES, Rita; SAPETA, Paula – *Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea*. Mestrado em Cuidados Paliativos. 2012. Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL_Vantagens%20%20desvantagens%20da%20terap%3%aaautica%20e%20hidrata%c3%a7%c3%a3o%20subcut%c3%a2nea.pdf

2. TAKAKI, Christiane; KLEIN, Gilmar – *Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação*. ConScientiae Saúde. Vol. 9, Nº. 3. 2010, pp. 486-496. Universidade Nove de Julho, Brasil. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/929/92915180020.pdf>
3. MARINELA, Elsa; RODRIGUES, Lara; ALMEIDA, Patrícia – A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Revista Enformação: Enfermagem em contínuo movimento*. ISSN 2182-8261. Nº 3. Lisboa. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em http://www.acenfermeiros.pt/docs/arq_revistas/enformacao_03_2013.pdf
4. NETO, Isabel – Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Medicina Interna: Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol. 15. Nº 4. 2008. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf
5. POMBO, Delmira – A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica na Pessoa com Patologia Crónica e/ou Paliativa. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2012. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4357/1/Dissertacao_Mestrado_Delmira_Pombo_Final.pdf
6. VIEGAS, Marlene – VIA SUBCUTÂNEA: UMA NOVA ALTERNATIVA. Comunicação Livre 1as Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do CHBA. 2011. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22435/VIA_SUBCUTANEA_uma_alternativa_final.pdf
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. 2011. [Consultado a 14/10/2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

ANEXOS

Anexo I – Escala de *Braden*

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do paciente: _____

Data da
Avaliação

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte da superfície do corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Reage à instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir a dor ou desconforto numa ou nas duas extremidades.	4. Nenhum impedimento: Reage às instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir a dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se quase sempre húmida devido a transpiração, urina, etc. É detectada humidade sempre que o paciente é deslocado ou virado.	2. Pele húmida: A pele nem sempre está húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O paciente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Marcha ocasional: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Marcha frequente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Muda ligeiramente e com frequência a posição do corpo e das extremidades sem qualquer ajuda.	4. Nenhuma limitação: Consegue mudar facilmente e com frequência de posição sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total (TPN) que satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne e lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e Forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contracções ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema aparente: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição boa na cama ou cadeira a maior parte do tempo.	

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988.

© Copyright validado para Portugal por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira, 2001.

Pontuação total

**Anexo II – Autorização para Realização do Projeto,
Direção de Enfermagem**

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem <i>"Prevenção das Úlceras de Pressão – Avaliação do Risco"</i>	
AUTOR (ES)	Marisa Isabel Gomes Aleixo / marisaaleixo@gmail.com / tm:	
DURAÇÃO	junho de 2014 a janeiro de 2015	
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Prof.ª Mariana Pereira (IPS-ESS) / Enf.ª M. C. (CH.)	
SERVIÇO	Serviço de Cirurgia Geral	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	<p>No âmbito do Projeto 'Prevenção das Úlceras de Pressão – Avaliação do Risco', constatando deficiências na Avaliação e monitorização do risco de úlceras de pressão (UP) no Serviço de Cirurgia (casos de não cumprimento da NOC.CH014 - Prevenção de úlceras por pressão), é proposto o desenvolvimento de ações com vista à uniformização de procedimentos para melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes internados, no âmbito da prevenção das UP.</p> <p>Para tal é solicitada autorização para: promover a formação da equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral no tema do projeto; desenvolvimento e divulgação de orientações para aplicação da NOC; auditoria aos registos no SAPE e apresentação à equipa dos resultados da implementação do projeto.</p> <p>A autora assegura o respeito por princípios éticos, como: consentimento livre e informado, confidencialidade e anonimato.</p>	
OBSERVAÇÕES	Sugere-se que a formação proposta decorra em formação em serviço e que as auditorias aos processos decorram sob supervisão do elemento auditor dos registos de enfermagem do serviço.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Dr. , Diretor de Serviço – Serviço de Cirurgia Geral; - Enf.ª , Enfermeira-Chefe – Serviço de Cirurgia Geral.	
DOCUMENTAÇÃO ANALISADA	Documentos analisados: Pedido de autorização à Direção Enfermagem / Termo de responsabilidade da estudante e Orientador pedagógico / Autorização da Diretora Serviço / Autorização da Enfermeira Chefe do Serviço / Grelha de Observação / Consentimento Informado / CV do estudante	
Reunida e analisada a documentação entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento, no cumprimento das observações constantes neste documento.		
<div style="text-align: right;"> 56F – Área de Enfermagem 2014, </div>		

**Anexo III – Ficha para Avaliação da Sessão de Formação
pelo Formando**

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO			
Designação Curso Ação: _____			
Modalidade de Formação <small>(assinalar com X)</small> : Inicial <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Em Serviço <input type="checkbox"/> Outra _____			
POPH Candidatura n.º: _____		Tipologia n.º <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Curso n.º: _____ / Ação n.º _____	
Data: ____/____/____			

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

2. PROGRAMA DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	<small>(assinalar com X)</small>
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	<small>(assinalar com X)</small>
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO											
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo no nível do seu desempenho ? <small>(assinalar com X)</small> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - Se sim, de que forma ? _____ _____ _____											
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? <small>(assinalar com X)</small> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></div> </div>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Pontos Fortes</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Oportunidades de Melhoria</th> </tr> <tr><td style="padding: 5px;">1. _____</td><td style="padding: 5px;">1. _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">2. _____</td><td style="padding: 5px;">2. _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">3. _____</td><td style="padding: 5px;">3. _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">4. _____</td><td style="padding: 5px;">4. _____</td></tr> </table>	Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria	1. _____	1. _____	2. _____	2. _____	3. _____	3. _____	4. _____	4. _____	
Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria										
1. _____	1. _____										
2. _____	2. _____										
3. _____	3. _____										
4. _____	4. _____										
- Sugestões/Observações <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>											

5. INTERVENÇÃO DO(S) FORMADOR(ES)

(assinalar com X)

1. Domínio dos temas e conteúdos abordados

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

2. Clareza da linguagem utilizada

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

5. Utilização de meios didáticos (Powerpoint, videos, filmes ...)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

6. Cumprimento de Horários

1	
2	
3	
4	
5	
6	

1	2	3	4

Observações:

NOME (facultativo): _____

Muito Obrigada pela Sua Colaboração!

**Anexo IV – Minuta do Pedido de Autorização para
Captação de Imagens**

Declaração de Autorização de Recolha e Uso de Imagem

Eu, _____ (nome), portador do Documento de Identificação nº _____ (BI, CC, Passaporte), declaro que autorizo a recolha e utilização de imagens minhas, a fim de reportar o Evento _____.

XXXXXXX, ____ de _____ de _____

Anexo V – Folheto fornecido pela CCI

Resíduos Hospitalares

- Não deite lixo para o chão;
- Respeite a cor dos sacos de resíduos em vigor na Unidade de Saúde:

Saco Preto – Resíduos urbanos Grupo I e II

- Papel das mãos;
- Restos de alimentos;
- Copos de iogurtes;
- Fraldas e resguardos sem sangue.



Saco Branco – Resíduos hospitalares de risco biológico, Grupo III

- Lenços de assoar;
- Compressas com sangue;



Saco Vermelho – Resíduos hospitalares específicos de incineração obrigatória

- Antes de colocar os resíduos neste saco deve informar-se junto de um profissional do serviço.



Cortantes e perfurantes
Devem ser depositados em
contentor próprio.



Ainda

- Não dê alimentos sem autorização;
- Mantenha o espaço do seu familiar ou amigo limpo e arrumado;
- Não se sente na cama do seu familiar ou amigo;
- Evite trazer flores ao seu familiar ou amigo
- Não faça barulho;
- Respeite os horários de visitas;
- Não deve efectuar visitas se você está Constipado ou com Gripe.

Estas recomendações
devem ser cumpridas por
todos

OBRIGADO!

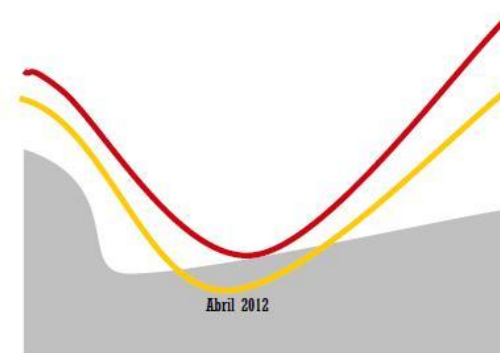
Centro Hospitalar de

EPE

Comissão de Controlo de
Infecção

Informações

Visitantes



A Comissão de Controlo de Infecção

Lembra-lhe

Está numa Unidade de Saúde, é importante que cumpra as recomendações;

Lave as suas Mãos

- Ao chegar à Unidade de Internamento, antes de visitar o seu familiar/amigo;



- Antes e depois das refeições;
- Antes e depois de ir ao WC;
- Depois de assoar o nariz;
- Sempre que as mãos estejam visivelmente sujas;

A lavagem das mãos é uma medida importante para que o tratamento do seu familiar ou amigo tenha êxito.

Como Fazer?

- Com as mãos molhadas, coloque sabão líquido e fricção bem as mãos;



- Lave todas as superfícies das mãos (espaços entre os dedos, dorso das mãos, pontas dos dedos e polegares);



- Enxagúe bem, retirando todo o sabão;



- Seque com toalhetes de uso único;



- Por fim feche a torneira com o último toalhete que usou para secar as mãos.



Existem cartazes afixados sobre como lavar as Mãos

Doentes em Isolamento

Se o seu familiar ou amigo se encontra nesta situação deve:

- Respeitar a informação escrita que se encontra na entrada do quarto;
- Usar as protecções que são recomendadas;
- Respeitar o número de visitas;
- Se tiver dúvidas peça ajuda a um Profissional do Serviço;
- Não se esqueça, lave as suas mãos antes de entrar no quarto e depois de sair do quarto de isolamento.